

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Lucie Zittová

Socioekonomický status a problémy se zákonem u problémových uživatelů opioidů a
metamfetaminu

Socioeconomic status and criminal problems of problematic opioids and
metamphetamine users

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Praha, 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem řádně citovala a uvedla. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 5. prosince 2016

.....

Bc. Lucie Zittová

Identifikační záznam:

ZITTOVÁ, Lucie. *Socioekonomický status a problémy se zákonem u problémových uživatelů metamfetaminu a opioidů. [Socioeconomic status and criminal problems of problematic opioids and metamphetamine users]*. Praha, 2017. 134 stran, 5 příloh. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí diplomové práce MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Poděkování:

Děkuji za odborné vedení a cenné rady MUDr. Viktoru Mravčíkovi, Ph.D., mému vedoucímu práce. Dále děkuji Mgr. et Mgr. Noře Titman Staňkové a Mgr. Martinu Titmanovi za podnětné připomínky, neustálou podporu a pomoc. Poděkování patří celému týmu Nízkopražového střediska Drop In, o. p. s. Děkuji Mgr. Barboře Orlíkové a Mgr. Zuzaně Dvořákové za cenné připomínky a pomoc. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině za trpělivost, důvěru a podporu v průběhu celého studia. Závěrem děkuji všem respondentkám a respondentům, kteří byli ochotni se mnou spolupracovat a podíleli se tak na vzniku praktické části této práce.

Abstrakt diplomové práce

Východiska: Diplomová práce se zaměřuje na téma socioekonomického statusu a problémů se zákonem u problémových uživatelů opioidů a metamfetaminu. Dlouhodobé intenzivní užívání drog vede nejen ke zdravotním, ale také k závažným sociálním dopadům, jako je neschopnost finanční samostatnosti, zadluženost, nezaměstnanost, neplnění příslušných sociálních rolí, neplnohodnotné sociální fungování, špatná bytová situace, apod. U velké části problémových uživatelů drog ovlivňuje užívání drog mezilidské vztahy uživatelů, fungování rodin a partnerství, dochází ke změně sociálního statusu, k sociální izolaci či vyloučení. Efektivní intervence a rozvoj služeb by měly vždy stát na dobré znalosti situace a potřeb osob, ke kterým mají směřovat.

Cílem této práce je zjištění socioekonomického statusu a trestněprávní situace problémových uživatelů opioidů a pervitinu a následně vyvození doporučení směrem ke službám, které s touto klientelou pracují.

Metodologie: Byla provedena průřezová dotazníková studie mezi klienty, kteří zahájili léčebnou epizodu nebo kontakt s vybranými zařízeními typu kontaktního centra, psychiatrické AT ambulance, terapeutické komunity, střednědobé ústavní léčby nebo substituční léčby. Nábor do studie probíhal v období od června 2015 do října 2016. Výběr zařízení byl záměrný (tak, aby byly zastoupeny různé typy programů), výběr respondentů v zařízeních byl exhaustivní – do studie byli zařazeni všichni klienti, kteří zahájili léčebnou epizodu v období trvání studie a souhlasili s účastí ve studii. Byla analyzována data týkající se uživatelů opioidů a/nebo metamfetaminu jako primární drogy.

Výsledky: Výzkumu se zúčastnilo 59 uživatelů opioidů a 50 uživatelů pervitinu. Respondenti ze skupiny uživatelů opioidů byli nejčastěji ze zařízení poskytující substituční léčbu, oproti tomu většina uživatelů pervitinu byla oslovena a nabrána do výzkumného souboru v kontaktních centrech. Výstupy výzkumu ukázaly, že v socioekonomickém statusu a problémech se zákonem jsou mezi jednotlivými skupinami uživatelů dle primární drogy jisté rozdíly a to zejména v oblasti bydlení, zaměstnání, zdrojů finančních příjmů, příčinách zadlužení, kriminální minulosti.

Závěr: Typ užívané návykové látky je pouze jeden z mnoha faktorů, které mají na socioekonomický status uživatelů návykových látek vliv. Bez ohledu na typ užívané návykové látky je důležité v adiktologických službách pracovat s klientem komplexně ve všech oblastech jeho potíží, nikoliv se zaměřením pouze na užívání návykových látek a závislost, ale také na oblasti ne/spokojenosti klienta v různých oblastech jeho života (bydlení, zaměstnání, rodinné a sociální vztahy).

Klíčová slova: socioekonomický status, problémy se zákonem, problémové užívání, opioidy, metamfetamin

Abstract of the thesis

Introduction: This dissertation focuses on socioeconomic status and problems with law of problematic opioid and methamphetamine users. Long-term intensive use of drugs leads not only to health impacts, but also social such as the inability of financial autonomy, indebtedness, unemployment, failure to comply with the respective social roles, fiduciary social functioning, poor housing etc. Great number of users are influenced by the drug in situations such as interpersonal relationship, family functioning and partnerships, there is a change of social status, social isolation or exclusion. Effective interventions and service development should always start with a good knowledge of the situation and needs of the user, who claims the service.

Claim: The goal of this thesis is finding socioeconomic status and criminal situation of problematic methamphetamine and opioids users consequently draw recommendations towards services that work with these clients.

Methods: Cross-sectional questionnaire study was carried among clients who have started a treatment episode or contacted selected facility type such as a contact centre, psychiatric AT ambulance, therapeutic community, medium-term inpatient treatment or replacement therapy. Recruitment into the study took place from June 2015 until October 2016. Choice of a facility was deliberate (in a way than different types of programs would be represented), selection of respondents in facilities was exhaustive - the study included all the clients who started treatment episode during the period of the study and agreed to participate in the study. The study analysed data relating to users of opioids and / or methamphetamine as their primary drug.

Results: The research involved 59 opioid users and 50 methamphetamine users. Respondents from the group consisting of the opioid users were most often from a facility providing replacement therapy, in comparison majority of methamphetamine users were approached and chosen for the study in contact centres. Research output showed that there is there are some differences in socioeconomic status and problems with law in connection with the primary drug that is mainly in the area of housing, employment, source of income, cause of debts and criminal history.

Conclusion: Type of used addictive substance is only one of many factors which affect the socioeconomic status of the user. Regardless of the type of the substance, it is important to work with the user who seeks help in addictological services complexly in all and every area of his/her problems - not only focusing on the use of addictive substances. but also in different areas of client's dis/satisfaction about his of her life (housing, job, family, partnership).

Keywords: socioeconomic status, criminal problems, problematic using, opioids, metamphetamine

Obsah

Úvod	9
1 Bourdieuho habitus a možnosti jeho využití	12
1. 1. Sociální pole	13
1. 2. Formy kapitálu	15
1. 3. Třídy	16
1. 4. Využitelnost konceptu.....	17
2 Socioekonomický status.....	18
2. 2. Sociální a socioekonomické dopady problémového užívání návykových látek.....	21
2. 3. Socioekonomické charakteristiky uživatelů návykových látek v ČR	27
3 Sociální práce	34
3. 1. Sociální fungování.....	35
3. 2. Sociální práce s uživateli návykových látek.....	37
4 Přístupy v pomoci uživatelům drog	40
4. 1. Biomedicínský model	40
4. 2. Bio-psycho-sociální model	40
4. 3. Přístup ochrany veřejného zdraví („public health“)	41
4. 4. Přístup minimalizace poškození („harm reduction“)	42
4. 5. Sociální a sociálně-pedagogický přístup	43
4. 6. Přístupy morální a spirituální.....	43
4. 7. Holistický – celostní model.....	43
5 Kriminalita u uživatelů návykových látek	45
5. 1. Primární a sekundární drogová kriminalita.....	45
5. 2. Trestná činnost související s drogami a její typologie dle EMCDDA	45
5. 2. 1. Psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost	46
5. 2. 2. Ekonomicky motivovaná trestná činnost	46
5. 2. 3. Systémová trestná činnost.....	47
5. 2. 4. Trestná činnost porušující protidrogovou legislativu	47
5. 3. Sociální práce s pachateli trestných činů.....	48
6 Metamfetamin a opioidy	50
6. 1. Metamfetamin	50
6. 2. Opioidy	51

7 Úvod praktické části	54
7. 1. Výzkumná studie Evaluace výsledků léčby závislostí v ČR	54
7. 2. Cíle	55
7. 3. Výzkumné otázky	55
7. 4.	56
Hypotézy	56
8 Metodika a materiál	57
8. 1. Výzkumný soubor	57
8. 2. Výzkumný nástroj	58
8. 3. Postup sběru dat	59
8. 4. Metoda zpracování a analýzy dat	60
8. 5. Etické normy	60
9 Výsledky výzkumu	61
9. 1. Popis výzkumného souboru	61
9. 1. 1. Výzkumný soubor dle základních indikátorů	61
9. 1. 2. Popis výzkumného souboru dle frekvence užívání návykových látek	65
9. 2. Socioekonomická situace	67
9. 2. 1. Bydlení	67
9. 2. 2. Zaměstnání	71
9. 2. 3. Zdroje příjmů	72
9. 2. 4. Dluhy	76
9. 3. Problémy se zákonem u uživatelů opioidů a pervitinu	77
9. 4. Zdravotní obtíže	83
10 Diskuze	84
10. 1. Obecné a metodologické poznámky	84
10. 2. Výstupy výzkumu	85
10. 3. Zhodnocení hypotéz	88
Závěr	90
Seznam zkratek	91
Seznam tabulek	92
Seznam obrázků	94
Použitá literatura	95
Přílohy	101

Úvod

Problémoví uživatelé návykových látek se často mimo užívání drog potýkají s nevyhovující sociální situací, zdravotními problémy, obtížemi v trestněprávní oblasti či nevyhovujícími rodinnými a partnerskými vztahy. Navíc se často reálně setkávají s předsudky ze strany laické i odborné veřejnosti. Významná část adiktologických služeb se v průběhu poradenské či kontaktní práce zaměřuje na samotné užívání návykových látek, ve smyslu kolik, čeho a jak často užívá klient konkrétní látku či látky a cílem poskytování služeb je často zmiňovaná abstinence klienta od všech návykových látek. Otázkou však zůstává, zda abstinence je i cílem klienta nebo jsou jiné, pro klienta významnější oblasti, které má potřebu v adiktologických službách řešit. Současně aktuálně převládá také představa o nutnosti abstinovat, aby byl klient schopen fungovat ve všech oblastech jeho života (v sociální oblasti, oblasti zdraví, rodinných a partnerských vztahů, aj.). Soustředíme se tedy v adiktologických službách dostatečně na tzv. „funkčnost klienta“ bez ohledu na to, zda klient užívá návykové látky či nikoliv? Potřeby klientů, uživatelů drog, jsou široké, a aby se podařilo dostat stanoveným cílům, je potřeba řešit je komplexně a ve všech oblastech.

Na léčbu závislosti na návykových látkách lze nahlížet jako na jednotlivé intervence, programy či modality, přičemž léčba obsahuje různé specifické techniky, které vedou ke změně, z nichž některé jsou zaměřeny přímo na užívání drog, zatímco jiné se zaměřují na další aspekty, jako sociální, právní a zdravotní problematiku klientů.

Výzkumná část diplomové práce vychází ze studie Evaluace léčby závislostí, kterou realizuje Národní ústav pro duševní zdraví, Centrum epidemiologického a klinického výzkumu závislostí pod vedením PhDr. Ladislava Csémyho. V rámci této studie je autorka diplomové práce tazatelkou a realizuje sběr dat s respondenty. Studie evaluace léčby závislostí je prospektivní studie, která po prvním dotazování sleduje klienty příslušných služeb konkrétních zařízení v kontaktu po dobu jednoho roku. Diplomová práce se zaměřuje na situaci klientů v oblasti socioekonomického statusu a problémů se zákonem v rámci prvního kontaktu s adiktologickou službou, tzn. při vstupu klienta do studie.

Teoretická část diplomové práce představuje téma z pohledu sociologie a také shrnuje poznatky především z oblasti sociálně-právní problematiky klientů užívajících návykové látky s důrazem na vývoj jejich sociálního statusu a právní situace. Výzkumná část práce prezentuje data ze získaných dotazníků určených pro problémové uživatele opioidů a metamfetaminu, kteří jsou v klientském vztahu vůči vybraným kontaktním centrům, substitučním centrům, psychiatrickým léčebnám, psychiatrickým AT ambulancím a terapeutickým komunitám. Cílem je zjištění sociálního statusu respondentů, jejich ekonomické situace (ve smyslu zaměstnání,

zdroje obživy a zadluženosti) a právní situace. Autorka mapuje případné rozdíly z hlediska užívané primární látky (opioidy / metamfetamin) a následně vyvozuje konkrétní doporučení směrem k výše zmiňovaným službám v oblasti služeb cílících na socioekonomickou situaci klientů a jejich problémy se zákonem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Bourdieuho habitus a možnosti jeho využití

Následující kapitola je zpracována na základě ekonomie praxe Pierra Bourdieua, francouzského sociologa a antropologa, který zavedl, resp. reformuloval řadu termínů a konceptů, jako například – asi nejznáměji, habitus. V diplomové práci je tento koncept zmiňován z důvodu jeho zaměření na postavení člověka ve společnosti, ekonomický a symbolický kapitál, postavení jedinců, ale i tříd přičemž právě to jsou oblasti, na které je práce zaměřena.

Právě v konceptu habitu vyjádřil Bourdieu základní hypotézy o fundamentálních rysech sociálních aktérů. Tento klíčový pojem byl použit již v teoretických úvahách, které zobecňovaly poznatky z výzkumu v Kabýlii, v Alžírsku, kde zkoumal na základě terénního výzkumu zdejší kulturu, později pak vzdělávací instituce, estetické vnímání či roli intelektuálů ve francouzské společnosti (Bourdieu, 1976 podle Šubrt, 2001).

Šubrt (2001) uvádí, že v pracích tohoto autora je pojem habitus i přesto, že má prvořadý význam, definován poměrně složitě. Jako obvyklé označení pro tento pojem je používán *zevnějšek, image, způsob vystupování a zvláštnosti osobního stylu chování*. Bourdieu ovšem zdůrazňuje, že to vše je determinováno příslušností jedince k určité skupině nebo třídě. Tímto se pojem habitus stává pojmem, který vytváří most mezi objektivními a osobnostními strukturami, mezi objektivismem a subjektivismem. Bourdieu spojuje habitus se schématy lidského jednání, vnímání a myšlení. Jeho výchozí hypotéza tkví v tom, že sociální aktéři jsou vybaveni systematicky strukturovanými dispozicemi (ty jsou konstitutivní pro praxi těchto aktérů a pro jejich uvážování o ní).

Bourdieu (1988, 1998 podle Dymáček, 2014) o habitu uvádí, že každé skupině pozic v sociálním prostoru odpovídá skupina typických habitů, pod kterými si představuje vlastnosti, činnosti a statky aktérů, kteří jsou spjati stylovou blízkostí. Potom je habitus aktivní, generativní činitel a je také souborem inkorporovaných vlastností, odpovídajících určité pozici v sociálním poli, přivlastněných v průběhu socializace. Propůjčuje aktérovi strategie jednání, které on považuje za vlastní, protože svůj habitus nevnímá.

Pullmann (2010) vyslovuje důležitou myšlenku, když říká, že *„habitus má v moderní společnosti třídní povahu, jeho prostřednictvím dochází k reprodukci objektivních třídních pozic“* (Pullmann, 2010, s. 4).

Drulák (2007) píše o habitu jako o neuvědomělých dispozicích sociálního jednání jednotlivce, které jsou výsledkem jeho socializace do určitého prostředí. Bourdieu (1987 podle Šubrt, 2001) zdůrazňuje, že habitus spočívá v individuálních a kolektivních zkušenostech, utváří se během socializace a stává se pak jakousi „druhou přirozeností“. Dále uvádí, že právě v tomto smyslu představuje habitus subjektivní systém zvnitřněných struktur, který je společenský, nikoliv vrozený, a tím zároveň historicky podmíněn a utvářen.

Bourdieu (1976 podle Šubrt, 2001, s. 106) píše v jedné z typických formulací o formě habitu jako o systému trvalých dispozic. „*Habituální dispoziční systém obsahuje: a) schémata percepce (vytvářející struktury každodenní percepce sociálního světa), b) schémata reflexe (k nimž počítáme tzv. „teorie“ všedního dne, etické normy a estetická měřítko), c) schémata jednání. Uvedená schémata – sloužící jednotlivcům k orientaci uvnitř sociálního světa a k vytvoření přiměřených praktik – jsou v praxi vzájemně propojena a působí vždy jako jeden celek*“.

Koncept habitu uvádí, že každý aktér (jedinec) je společensky predeterminován a že se tato determinace promítá do jeho současných a budoucích jednání. Proto habitus plní roli spojovacího článku mezi sociální strukturou na straně jedné a na straně druhé jednotlivci (jejich myšlením a chováním). To, co vnímá Bourdieu (1976, 1998 podle Šubrt, 2001) za důležité je, že habitus, stejně jako společenské pozice, jejichž jsou plodem, jsou diferencované, ale také diferencující. Klíčovou myšlenkou je, že habitus reprezentují schémata vnímání, myšlení a jednání, která jsou společná všem členům stejné skupiny nebo třídy. Tito členové se při tom inspirovali autoritami, které reprezentují vzorce vkusu a chování, které jsou pak pro tuto skupinu typické. Bourdieu se snaží prokázat, že mezi pozicí, kterou jedinec zaujímá uvnitř nějakého společenského prostoru, a jeho stylem života (v oblastech sportu, hudby, literatury, přátel, atd.) existuje významná souvislost (ta nemá mechanický ráz, nýbrž spíše nahodilý, náhodný).

„*Bourdieu, jak je zřejmé, pojímá subjekty jako jednající a vědoucí aktéry obdařené praktickým smyslem, tzn. „přejatým systémem preferencí, principů vidění a třídění (což se obvykle nazývá vkus), trvalých poznávacích struktur (jež jsou v podstatě plodem struktur objektivně existujících) a schémat jednání, podle nichž se orientuje vnímání situace a příslušná odpověď.*“ Ve sportovní terminologii by bylo možné označit praktický smysl jako cit pro hru – jako umění předvídat další vývoj hry, jak je potenciálně obsažen v jejím momentálním stavu“ (Bourdieu, 1998, s. 32).

1. 1. Sociální pole

Další pojem, který Bourdieu zavedl a souvisí s jeho konceptem habitu, je sociální pole. Šubrt (2001) uvádí, že z habitu utvářená praxe se realizuje ve strukturovaném rámci, který Bourdieu označuje výrazem *pole*. Protože struktura těchto sociálních polí představuje pro aktéry zdroj nátlaku, lze je rovněž označit jako „silová“ pole.

„*Vnější*“ (externí) tlaky dané strukturními vztahy uvnitř sociálních polí představují jakýsi protějšek k „vnitřním“ (interním) habituálně podmíněným tlakům, internalizovaným v rámci socializace“ (Šubrt, 2001, s. 107).

Možnost praxe sociálních aktérů jsou tedy omezené jak interními, tak i externími tlaky, jinými slovy můžeme říci, že nejsou voluntaristicky libovolné. Bourdieu (1985, 1992 podle Šubrt, 2001) označuje sociální pole jako „hřiště“ a uvádí, že si jej můžeme představit jako autonomní sféru, v níž se „hraje“ podle zvlášť určených pravidel. Na tuto hru mohou mít svůj vliv také vnější determinanty, které se

projevují „lomeně“ a sociální pole má pak vůči vnějším faktorům svoji autonomii a projevuje vůči nim „lomivý účinek“. Je ale možné vytvářet konsenzus, který se týká pravidel hry a legitimních vkladů a to díky tomu, že motivační vazba k poli sjednocuje protivníky uvnitř hracího prostoru (stejným způsobem jako jsou spojena dvě soupeřící mužstva na hřišti). Konsenzus ovšem nevylučuje konflikty. Ve všech polích nalezneme určitá pravidla, která jsou pro příslušná pole stanovena velice specificky, vždy, v zásadě jsou stanoveny rámce přípustných a nepřípustných herních praktik. Tím představují formu nátlaku, kterému se aktéři nemohou vyhnout, pokud nechtějí opustit hru, tzn. vystoupit z tohoto pole. Jednotlivé kroky hráčů (aktérů) vycházejí z jejich strategických úvah (nejsou pravidly přísně předurčeny).

Drulák (2007) k sociálnímu poli uvádí, že se jedná o specifický, strukturovaný, sociální kontext, v jehož rámci jednají aktéři. Dále upřesňuje, že specifičnost pole je dána předpoklady, které hráči svým jednáním vědomě či nevědomě respektují a nazývá je jako „doxa“. Zatímco tedy z doxy vyplývá specifičnost pole, jeho struktura je dána pozicemi a vzájemnými vztahy aktérů. A ty závisejí na typu a rozložení kapitálu, který se v poli objevuje.

Šotola (2005) ve své práci klade důraz na to, že Bourdieu nahrazuje pojem společnost pojmem sociální prostor. Ten se sestává z objektivní sítě relací mezi aktéry a sociálními skupinami. Aktéři v tomto sociálním prostoru zauímají pozice podle množství a struktury vlastního kapitálu (kapitola 1. 2.).

„Dalším druhem omezení, které vstupuje do hry v poli, jsou tlaky, které vyplývají z nedostatku zdrojů, jež mají aktéři k dispozici. Průběh a výsledek hry je podmíněn rozhodujícím způsobem zdroji, kterými aktéři disponují, a jejich schopnostmi je strategicky využít. Bourdieu tyto zdroje chápe jako kapitály. Jednotlivá sociální pole tedy můžeme chápat jako specifické hrací prostory, které jsou definovány konkrétními pravidly hry a jejich specifickými vklady, tj. formami kapitálu“ (Bourdieu, 1987 podle Šubrt, 2001, s. 108).

Svou teorií sociálních polí naznačuje Bourdieu pluralitní obraz sociálního světa odlišeného na specifická pole, v nichž v rámci přijatých pravidel a strategií vedou aktéři permanentní boj o přivlastnění a udržení kapitálových zdrojů, o zisky, které z nich plynou, o definici vkladů. Boj, ve kterém proti sobě stojí aktéři nebo instituce vlastníci dostatečné množství určitého (hlavně ekonomického nebo kulturního) kapitálu, aby mohli na svých polích zaujímat dominantní postavení, je mimo jiné bojem za uchování nebo změnu „kurzu“ mezi různými druhy kapitálu (Bourdieu, 1998).

Kolem aktérů a skupin se silnějším, mocným kapitálem vznikají mocenská centra. O sociálním poli mluvíme jako o poli praxe, silovém poli, hracím poli, ale v tomto kontextu můžeme mluvit i o poli bojovém, na kterém se svádí boj o uhájení nebo o změnu poměru sil. Pozice, o které se bojuje, jsou spojeny s určitým jménem, ctí, slávou, prestiží a autoritou (Bourdieu, 1979, 1985 podle Šubrt, 2001).

Strategie aktérů či institucí je ovlivňována jejich postavením ve struktuře poli (rozdělení kapitálu), tedy postavením, které je díky základním dispozicím jejich

habitu vede buď k uchování struktury, nebo ke snaze ji změnit. Ne všichni sociální aktéři jsou v jednotlivých polích angažováni stejnou měrou. Přímo a osobní angažovanost uvnitř nějakého specifického pole předpokládá, že se aktér o pole zajímá a má k němu motivační vazbu, současně také sdílí víru v hodnotu jeho her a vkladů. Pokud se podíváme na sociální pole z pohledu jednotlivce, jedná se o svět, který je nutné pojímat vztahově, jako prostor objektivních vztahů mezi různými pozicemi, pak také tento prostor představuje půdu specifických silových vztahů a bojů (za uchování těchto vztahů nebo jejich změnu) (Bourdieu, 1992, 1998 podle Šubrt, 2001).

1. 2. Formy kapitálu

Tato kapitola je opět inspirována konceptem habitu, jejímž autorem je Bourdieu (1992 podle Šubrt, 2001), který uvádí, že v běžné řeči se pojem kapitál obvykle označuje jako peněžní a věcné prostředky, které slouží k produkci a oběhu zboží. Bourdieu ovšem toto chápání rozšiřuje. Pojem kapitál používá i mimo oblast zbožně peněžních vztahů zejména z toho důvodu, že mu jako etnologovi vadí, že ekonomicky definovaný pojem kapitálu nelze použít při studiu předkapitalistických forem hospodářství, i to, že vede k popírání ostatních forem ekonomií, zejména ekonomie symbolických statků. Bourdieu chápe směnu zboží pouze jako jeden z případů možných forem sociální směny. Tuto teorii vnímá jako příspěvek k vědě o ekonomii praxe a vychází z kritiky tradičního ekonomického pojetí, které redukuje ekonomické vztahy na vztahy zbožně peněžní.

„Ekonomie podle Bourdieua prolíná všemi oblastmi života. Tím, že tuto skutečnost tradiční pojetí ignoruje, má tendenci implicitně vysvětlovat všechny ostatní formy sociálních vztahů ne-ekonomicky, tj. jako vztahy, které nejsou zaměřené na vlastní prospěch“ (Šubrt, 2001, s. 109).

Bourdieu rozlišuje čtyři základní druhy kapitálu – ekonomický, kulturní, sociální a symbolický. To, v jakém sociálním prostoru je kdo situován a jaký má habitus, to záleží na tom, jakým kapitálem disponuje a jak jej akumuluje. Kapitálem v tradičním slova smyslu je *ekonomický kapitál*. O tento typ kapitálu se Bourdieu významně nezajímá, i když nikterak nepochybuje o tom, jaký význam tento typ kapitálu ještě v současných společnostech zaujímá. Tento typ kapitálu může ke skutečné moci vést jedině tehdy, je-li spojen s dvěma dalšími druhy kapitálu, s kulturním a sociálním kapitálem. *Kulturní kapitál* je především kapitálem vzdělanostním a Bourdieu jej považuje za důležitější než sociální kapitál. Logika kulturního kapitálu se od logiky materiálního bohatství zřetelně odlišuje i přesto, že kulturní kapitál je za určitých podmínek transformovatelný na kapitál ekonomický. Kulturní kapitál chápe Bourdieu jako formy vědění nabyté vzděláním, dále jako kulturní schopnosti, lidské dovednosti, aj. *Sociální kapitál* Bourdieu definuje jako vztahy, do nichž je aktér zapojen a k nimž se může uchýlit, jestliže z nějakého důvodu potřebuje podporu jednotlivých aktérů či skupin. Tento typ kapitálu je založen na využívání trvalé sítě (v podstatě institucionalizovaných) vztahů založených na

vzájemné známosti či uznávání. Jde o síť vztahů, která je produktem individuální nebo kolektivní investiční strategie a která dříve nebo později slibuje určitý užitek. Čím rozsáhlejší taková síť je, tím větší jsou šance na dosažení zisku při reprodukci ekonomického a kulturního kapitálu. *Symbolický kapitál* působí jako kapitál cti a prestiže, jako kredit vážnosti v nejširším smyslu, opírá se o uznání ostatních aktérů (Bourdieu, 1976, 1979, 1999 podle Šubrt, 2001).

1. 3. Třídy

Bourdieuho model sociálního prostoru a sociálních tříd může být chápán jako pokus integrovat četnost relativně autonomních polí do jednoho modelu. Ačkoliv konstrukce tohoto modelu odráží realitu francouzské poválečné společnosti, Bourdieu se domnívá, že je platný pro všechny třídní společnosti. Pro jeho konstrukci jsou důležitá především tři kritéria:

- a) objem kapitálu (objem ekonomického, kulturního a sociálního kapitálu, jímž daná třída disponuje),
- b) struktura kapitálu (poměr a vztah různých druhů kapitálu),
- c) sociální životní dráha (zda se určitá třída nebo třídní frakce nachází v setrvalém postavení, vzestupu či sestupu).

Prostor sociálních pozic, který je definovaný podle těchto tří kritérií, je v Bourdieuho díle konkretizován díky vyhodnocení rozsáhlého empirického materiálu vypovídajícího o příjmech, vzdělání, kvalifikaci a sociálním původu francouzské společnosti šedesátých a počátku sedmdesátých let. Bourdieu rozlišuje tři velké sociální třídy: 1) vládnoucí, 2) střední a 3) lidovou (Bourdieu, 1991 podle Šubrt, 2001).

Pro srovnání, podle Giddense, existují tři hlavní třídy: 1) vyšší (zahrnující zaměstnavatele, bankéře, průmyslníky), 2) střední třída (odborníci a úředníci) a 3) dělnická třída myšleno manuálně pracující lid. V některých průmyslových zemích existuje navíc čtvrtá třída, zemědělci (Giddens, 2001).

Bourdieu dále zavádí ještě jednu diferenciaci sociálního prostoru, podle životních stylů. *„Jestliže prostor sociálních pozic vyjadřuje objektivní ekonomické, kulturní a sociální podmínky jednotlivých skupin a tříd aktérů, prostor životních stylů se týká symbolických znaků způsobu života“* (Bourdieu, 1991 podle Šubrt, 2001, s. 112). Bourdieu tento prostor konkretizuje díky poznatkům ze sociologických výzkumů a statistických šetření, která vypovídají o konzumu, bydlení, stravovacích zvyklostech, kultuře, volném čase atd. Na základě rozsáhlého empirického materiálu Bourdieu dokazuje, že vůbec není náhodné, s kým se kdo přátelí, co a jak jí, jak si zařizuje byt apod. – tedy kým a čím se obklopuje. Všechny tyto věci a praktiky spolu úzce souvisí, zejména díky příslušnosti k sociálnímu prostoru a sociálnímu původu. Mezi prostorem sociálních pozic a strukturovaným rozlišujícím prostorem životních stylů existuje rovnocennost, a proto mohou být ke každé sociální pozici přiřazeny typické praktiky a objekty symbolického způsobu života, jako příklady můžeme uvést

preferované potraviny, hudba, automobily, literatura, bydlení, druh sportu, atd. (Bourdieu, 1991, 1998 podle Šubrt, 2001).

1. 4. Využitelnost konceptu

V oblasti vlivů na socioekonomický status problémových uživatelů drog je koncept habitu aplikovatelný především v pozorování, popisu a analýze přijetí a ztotožnění se s identitou „feťáka“. Tato identita s sebou nese typické dispozice (respektive indispozice), typické myšlení, vnímání a jednání (včetně komunikačních prostředků), které jsou často v rozporu s původními dispozicemi konkrétní osoby. V klinické praxi lze běžně u problémových uživatelů pozorovat razantní změnu projevovaného vkusu, zájmů, hodnot. Osoby s původně v běžné společnosti funkčními sociálními dovednostmi tyto dovednosti ztrácejí (přestávají být schopni je používat) a v socioekonomické oblasti pak vykazují (a explicitně prezentují) unifikující „neschopnost“. Z pohledu možností resocializace má pak koncept habitu potenciál přinášet plodné otázky ohledně funkčnosti prosté socioekonomické pomoci problémovým uživatelům bez souběžné (či předcházející) terapeutické práce na změně sebepojetí a sebeidentifikace ve smyslu vyvázání z externě i interně ostře vymezeného sociálního pole, působícího uvnitř skupiny (třídy) „feťáků“, jejíž kulturní a sociální kapitál je výrazně nekompatibilní s většinovou (socializovanou) společností.

2 Socioekonomický status

Tento pojem, společně s trestněprávní problematikou a sociálními či socioekonomickými důsledky užívání návykových látek, je pro tuto práci stěžejní. Pojem socioekonomický status se překrývá s pojmem sociální status z pohledu sociologie a sociální psychologie. Zejména v anglosaské literatuře se pro socioekonomický status hojně využívá zkratka SES, která bude nadále v textu pro tento pojem používána.

Sociální status a sociální role jsou klasickými pojmy sociologie či sociální psychologie. Status označuje relativní postavení v sociálním systému dané společnosti; role pak vyjadřuje činnostní stránku statusu, což znamená očekávané chování v závislosti na sociálním statusu (Výrost & Slaměník, 2008).

Vztahem statusu a role se již v 30. letech minulého století zabýval americký antropolog R. Linton, který tvrdí, že jedinec se ve společnosti chová tak, aby plnil očekávání, práva a povinnosti určité role v rámci svých sociálních pozic, které vyplývají ze statusů (Linton, 1938).

Výrost & Slaměník (2008) dále zdůrazňují, že jednotlivé statusy člověk získává a rozvíjí během života, mohou být vrozené (pohlaví), připsané (věk) nebo získané (společenská prestiž, vzdělání). Jiné rozdělení mluví ještě o tzv. výkonovém statusu (*achieved status*), který je běžný u vyspělých (nikoli u tradičních) společností a znamená, že svoje místo v sociální hierarchii si musíme vydobýt, záleží na našem úsilí neboli výkonu. Výkonový status v sobě typicky zahrnuje povolání, profesi a prestiž vykonávaného povolání (Petrusek, 2009).

Pinquart & Sörensen (2000) k sociálnímu statusu uvádějí, že je klasickou multidimenzionální proměnnou, která v sobě zahrnuje několik složek, podle konkrétního teoretického pojetí. Mezinárodní metaanalytická studie mluví zejména o třech aspektech, které tvoří SES:

- vzdělání (počet let studia),
- příjem,
- kódování statusu zaměstnání.

V České republice se v minulosti operacionalizací SES zabýval sociolog Z. Šafář (1969), podle něhož je sociální status tvořen:

- příjmem (životní úroveň),
- vzděláním,
- podílem na řízení společnosti,
- životním stylem (volný čas),
- složitostí práce.

Stupeň vzdělání se jakožto ukazatel SES vyskytuje v celých 84 procentech analyzovaných sociologických textů (Kreidl & Hošková, 2008).

Petrusek (2009) uvádí, že profese (neboli výkon konkrétního povolání) určuje v moderních společnostech všechny tyto znaky. Můžeme tedy říci, že pokud známe profesi daného člověka, můžeme podle toho odhadovat i jeho příjem, vzdělání, prestiž nebo způsob života.

Hnilica (2006) tento jev nazývá konzistence sociálního statusu. Upozorňuje dále ale také na to, že jsou mnohé situace, kde je status naopak inkonzistentní. K tomu dodává, že konkrétně v naší zemi je vysoká pravděpodobnost výskytu inkonzistence socioekonomického statusu z důvodu minulého režimu, protože střední a starší generace byly zvyklé žít ve víceméně rovnostářské společnosti, co se například příjmů týče, nicméně naopak přístup ke vzdělání vykazoval značné nerovnosti.

Hauser et al. (1977, 2000 podle Kreidl & Hošková, 2008, s. 133) definují pojem SES takto: *„jde o pojmenování pro „proměnné“, které charakterizují postavení lidí, rodin, domácností, cenových okrsků nebo jiných agregátů s ohledem na jejich schopnost vytvářet nebo konzumovat společností ceněné statky. Proto podle nich může být socioekonomický status indikován dosaženým vzděláním, zaměstnaneckým postavením, sociální třídou, příjmem (nebo chudobou), bohatstvím nebo hmotným majetkem – jako je vybavení domácností, knihovny, domy, automobily, lodě nebo tituly z elitních vysokých škol“.*

Mezi nejlépe doložená fakta současného sociálního výzkumu patří vztah mezi SES a zdravím. Lidé, kteří mají lepší socioekonomické postavení, se v průměru dožívají vyššího věku, jsou zdravější a potýkají se méně s úmrtností, než lidé, jejichž postavení ve společnosti je špatné (Desai, Alva 1998; Marmot 2004; Robert 1999; Robert, House 1999; Williams, Collins 1995 podle Kreidl & Hošková, 2008).

Kreidl a Hošková (2008) prezentují výsledky podrobné obsahové analýzy publikovaných článků z časopisu *Journal of Health and Social Behavior*. Studovali pouze empirické, kvantitativní články, které rozebírají vztah mezi SES a zdravím a dále sledují, jakým způsobem autoři článků SES operacionalizují. K obsahové analýze byly vybrány články, které vyšly v letech 1994 – 2006. Autoři v analýze sledovali, zda je SES v analýze měřeno pomocí jedné proměnné, pomocí více individuálních proměnných (více vysvětlujících proměnných – regresorů) nebo pomocí více jedné globální proměnné, která je indikována dílčími elementy statusu. Současně autoři sledovali, zda se použité strategie liší podle definice základní populace (např. věková omezení) nebo podle oborové příslušnosti autorů. Základní přehled o výsledcích podává Tabulka číslo 1 „Procentní distribuce a počty případů proměnných použitých v analýze k měření SES podle základní populace výzkumu“.

Tabulka 1: Procentní distribuce a počty případů proměnných použitých v analýze k měření socioekonomického statusu podle základní populace výzkumu

Proměnná	Procentní zastoupení			
	Populace / vzorek ve věku obvyklé ekonomické aktivity (cca 20–65 let)	Populace / vzorek mimo věk obvyklé ekonomické aktivity (65 a více let)	Populace ve více věkových skupinách	Všechny texty
Vzdělání	33 % (2)	100 % (2)	96 %	84 % (32)
Sociální třída	0 %	0 %	4 % (1)	3 % (1)
Zaměstnanecký status/prestiž povolání	17 % (1)	0 %	12 % (3)	13 % (5)
Postavení na trhu práce	17 % (1)	0 %	54 % (14)	39 % (15)
Příjem	33 % (2)	100 % (2)	81 % (21)	71 % (27)
Chudoba	0 %	0 %	19 % (5)	18 % (7)
Finanční tíseň	33 % (2)	100 % (2)	27 % (7)	32 % (12)
Majetek	0 %	0 %	8 % (2)	5 % (2)
Kompozitní proměnná (škála)	67 % (4)	0 %	0 %	11 % (4)
Jiný způsob	0 %	0 %	0 %	3 % (1)
Celkem textů v kategorii	6	2	26	38

zdroj: Kreidl & Hošková (2008), s. 136

Pozn.: Jeden text může používat více než jednu proměnnou jako indikátor SES, součet procent ve sloupci tedy není roven 100. Kromě uvedených subpopulací textů uvedených ve sloupcích existuje ještě kategorie čtvrtá: jedinci před začátkem ekonomické aktivity. Do této kategorie spadají 4 texty, které zde autoři neuvádí, protože v nich je status obvykle měřen odkazem k postavení rodičů.

V tabulce 1 vidíme, že nejčastěji používaným indikátorem SES bylo vzdělání, které se objevuje v 84 % textů. Druhou nejčastější proměnnou je příjem, který figuruje v 71 % textů. Ostatní strategie měření SES jsou výrazně méně časté. Čeho si můžeme dále povšimnout je značná proměnlivost použitých měřících nástrojů v závislosti na tom, jak je definována cílová populace. V souboru článků, které byly analyzovány, je celkem 26 textů (z 38 celkem) s poměrně široce definovanou základní populací. Ta zahrnuje jednak respondenty ve věku obvyklém pro aktivní participaci na trhu práce, tak respondenty starší. U těchto článků najdeme SES častěji operacionalizován pomocí postavení na trhu práce, socioekonomického statusu nebo prestiže povolání nebo pomocí chudoby (Kreidl & Hošková, 2008).

Co se týká měření SES pomocí indikátorů, uvádí Kreidl & Hošková (2008), že velmi malá část textů (13 %) se spokojí s jeho měřením pomocí jednoho indikátoru. Oproti tomu je nejobvyklejší operacionalizace SES dvěma způsoby/pomocí dvou indikátorů (ve 34 % textů), nejčastěji se objevovala dvojice vzdělání a příjem. Autoři současně upozorňují na to, že je zcela přirozené, že se používané měřící nástroje mohou lišit podle odborného zázemí autorů (sociologové mohou preferovat jinou operacionalizaci SES než odborníci z jiných oborů). Sociologické texty, dle výsledků

analýzy, častěji používají vzdělání a příjem naproti tomu méně často používají postavení na trhu práce a finanční tíseň.

2. 2. Sociální a socioekonomické dopady problémového užívání návykových látek

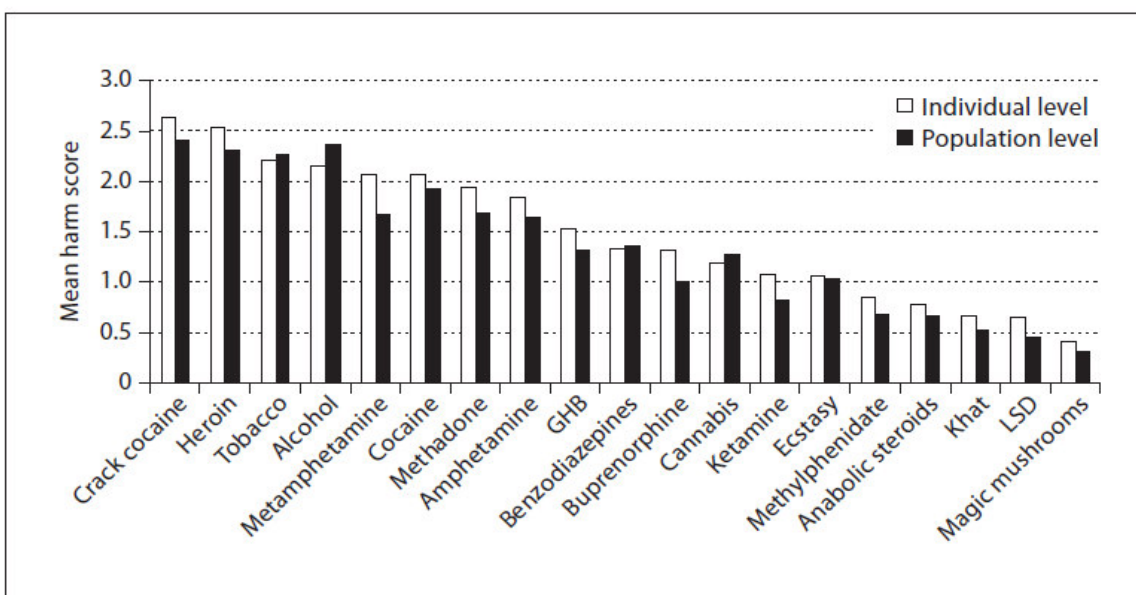
Tvůrci protidrogové politiky se potýkají s neustále měnícími se vzorci užívání drog, stále se objevují nové drogy na trhu, některé léky či návykové látky se užívají jiným způsobem nebo se různě kombinují s dalšími návykovými látkami (dále NL). Cílem orgánů cílících na ochranu veřejného zdraví je omezit negativní zdravotní i sociální rizika spojená s užíváním drog. Je zřejmé, že politická opatření by se měla zaměřovat na NL, které jsou v podstatě nejvíce nebezpečné jak pro jednotlivce/jejich uživatele, ale současně také pro celou společnost (Amsterdam et al., 2010).

S cílem poskytnout jakési vodítko pro tvůrce politik v oblasti zdraví, právní oblasti a v neposlední řadě v oblasti sociální, je důležité vyhodnotit a pojmenovat rizika spojená s užíváním NL, což není snadné z hlediska velice širokého spektra a cest, kterými může užívání NL uškodit nejen jednotlivci, ale také celé společnosti (Nutt, 2010).

Amsterdam et al. (2010) prezentovali výsledky studie, která se zaměřovala na posouzení rizik u 19 drog (u 17 nelegálních NL, dále u alkoholu a tabáku) užívaných v Nizozemí. Indikátory možných poškození, na které se autoři v rámci této studie zaměřovali, byli akutní a chronická toxicita, potenciál závislosti, prevalence užívání a sociální dopady na uživatele a společnost. Využili veřejně dostupná data o kriminalitě, nákladech na zdravotní péči, nemocnosti a úmrtnosti populace a rovněž nemocnosti uživatelů drog.

Graf 1: Stupeň poškození na úrovni klienta a společnosti

zdroj: Amsterdam et al. (2010), s. 204



V grafu jsou zaneseny jednotlivé NL a znázorněn stupeň rizika poškození pro uživatele, ale také pro společnost. Za indikátory stupně poškození jsou považovány akutní a chronická toxicita, potenciál závislosti a sociální dopady užívání NL. Pokud se podíváme na opioidy – v grafu konkrétně heroin, metadon a buprenorfin, převažují rizika dopadu na jednotlivce. Ukázalo se, že alkohol, tabák, heroin, crack a (met)amfetamin byly hodnoceny jako škodlivější než benzodiazepiny, GHB, konopí, extáze a ketamin. Avšak pořadí je závislé na tom, zda posuzujeme sociální důsledky z pohledu dopadu na jednotlivce či na společnost. Odborníci, kteří se podíleli na této studii, zdůraznili, že legální drogy jako je alkohol a tabák, jsou mnohem nebezpečnější, než mnoho nelegálních drog, s výjimkou heroinu a cracku. V rámci studie autoři reflektují limity, se kterými se potýkali v souvislosti se stanovením indikátorů sociálního poškození vlivem užívání NL. Je velmi obtížné definovat spektrum škod v sociální oblasti, vzhledem k tomu, že se jedná o velice širokou škálu. Pokud se zaměříme například na agresi, jako na důsledek nadměrného užití alkoholu, která se dá považovat za sociálně škodlivý důsledek jeho užití, tento postoj není relevantní například pro sedativa. Závěrem autoři zmiňují, že mnohé sociální důsledky užívání NL se vztahují pouze na některé skupiny návykových látek (Amsterdam et al., 2010).

Evropské monitorovací středisko (1999) v souvislosti s novými syntetickými drogami zveřejnilo pokyny sloužící k posouzení rizik jejich užití a uvedlo přehled následujících rizik:

- *Zdroje nebezpečí vycházející z:*
 - vlastnosti látky (farmakologie a toxicita),
 - opatření společenské kontroly (regulační politiky, neformální normy),
 - způsoby užívání drog (vzorky a kontext užívání),
 - jednotlivé charakteristiky uživatelů (věk, pohlaví, genetika, osobnost),
 - nebezpečné účinky NL.
- *Nebezpečné dopady užívání NL:*
 - v kontextu uživatele:**
 - po stránce biologické (závislost, toxicita),
 - po stránce psychické (problémy s běžným fungováním, vliv na osobnost),
 - po stránce chování klienta (zanedbávání sociálních rolí, projevy agresivního chování),
 - dopady na sociální okolí uživatele:**
 - rodina (přerušování kontaktu s rodinou, zanedbávání vztahů, násilí v rodině),
 - okolí uživatele a komunita (mimo rodinu) – projevy nejistoty,
 - široké sociální okolí – vliv na ekonomiku, veřejné zdraví, právní systémy a právní problematiku.

Best et al. (2003) uvádí typologii nebezpečí spojených s užíváním NL, která byla dříve definována jako akutní a chronická. Nicméně v současnosti se jedná o dopady v oblasti fyzické, psychické či psychiatrické a sociální.

Nyní se podívejme na metamfetamin a jeho sociální rizika ve fázi akutní a chronické, jak uvádí Best et al. (2003):

AKUTNÍ FÁZE - jedná se o fázi, kde se objevují rizika užití pervitinu s ohledem na frekvenci užívání:

- zvýšené riziko dopravních nehod,
- paranoidní a psychotické chování, které může být doprovázeno násilným chováním, agresivitou, nepřátelstvím, aj.
- problémy ve vztazích.

CHRONICKÁ FÁZE – jedná se o fázi, kdy se rizika plynoucí z užívání pervitinu kumulují z důvodu vzrůstající intenzity užívání, zahrnuje stejná rizika jako fáze akutní a navíc následující:

- zhoršení pracovní výkonnosti u dospělých osob a vzdělávací úspěchy u dospívajících osob,
- zapojení do trestné činnosti
majetková trestná činnost – krádeže, vloupání, podvody,
uživatel NL jako motivátor či facilitátor při násilném/organizovaném zločinu.

Pro skupinu uživatelů pervitinu a současně nových syntetických drog uvádí Best et al. (2003) v akutní fázi další sociální rizika jako jsou například:

- zvýšené riziko praktikování nebezpečných sexuálních praktik (potenciálně vedoucích k šíření pohlavních chorob),
- problémy se schopností řídit osobní automobil či jiný dopravní prostředek vlivem potíží s tělesnou koordinací,
- dopravní nehody způsobené spánkovou deprivací.

Sociální rizika plynoucí z užívání opioidů (konkrétně metadonu a heroinu) rovněž prezentuje Best et al. (2003). Jako akutní nepříznivé dopady uvádí:

- akutní sociální nepříznivé důsledky v kontrastu s jinými drogami,
- intoxikace zvyšující riziko dopravních nehod,
- subjektivně lepší sexuální výkonnost, která může mít za následek zvýšenou sexuální aktivitu a tím pádem zvyšující se riziko nakažení pohlavními chorobami či vznik rizika nechtěného těhotenství.

Mezi chronické nepříznivé účinky pak autoři řadí:

- špatné životní podmínky,
- špatný zdravotní stav,
- narušené vztahy,
- zapojení uživatele opioidů do trestné činnosti,
- vysoký podíl násilných úmrtí,

- u uživatelů metadonu riziko „zaseknutí“ v léčbě s průvodními riziky prodlužující se závislosti.

Amsterdam & Brink (2010) také reflektují možná poškození související s užíváním NL a v souvislosti s poškozením společnosti dodávají, že velkou zátěží pro společnost mohou být případná rizika jako agrese, kriminalita, dopravní nehody, ale také chudoba, zvýšené náklady na zdravotní péči, či vznik pracovních absencí.

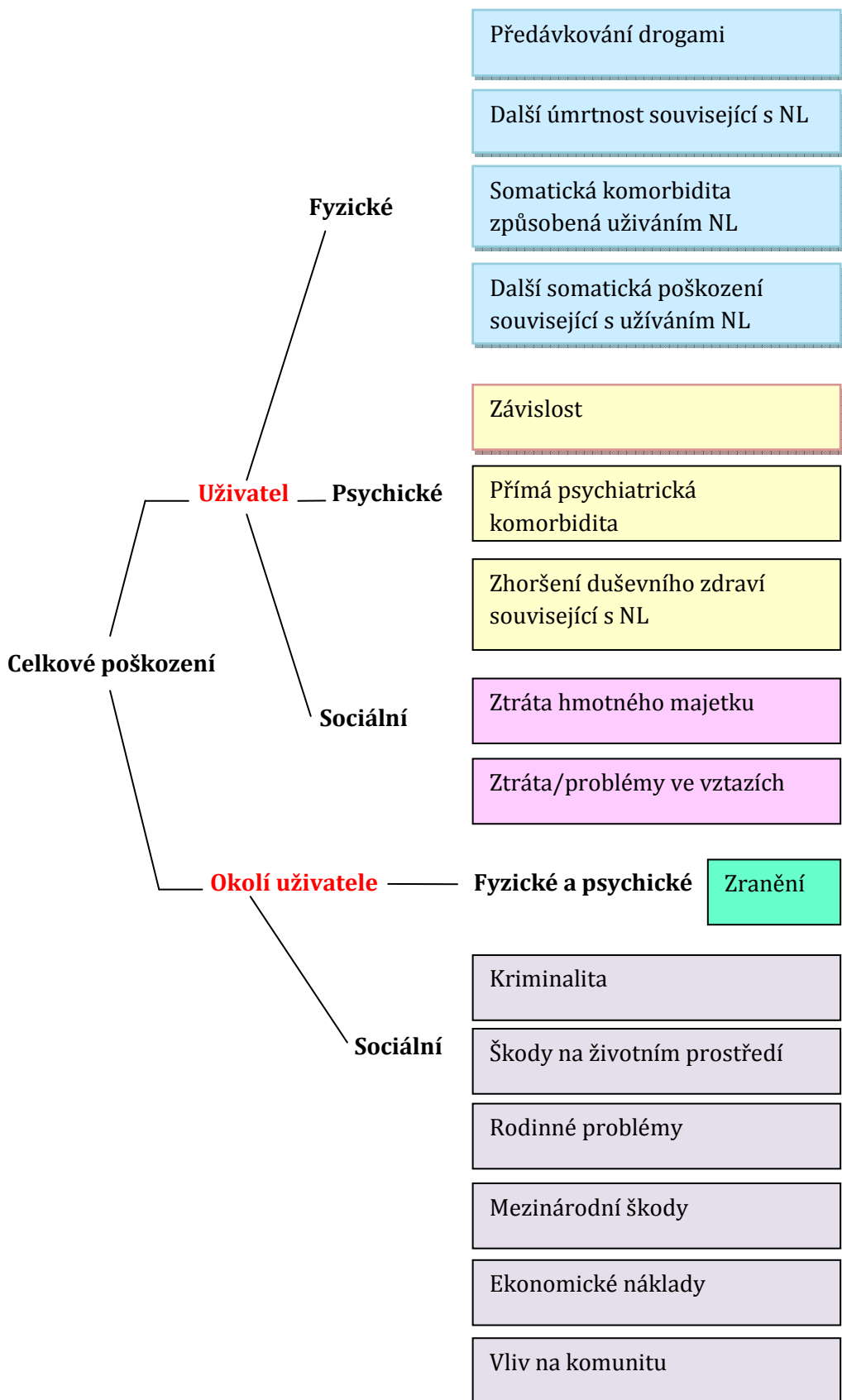
Nejčastější problémy ve spojení s užíváním NL a zaměstnání uvádí Smith (1993) například zhoršenou výkonnost, intoxikaci v pracovní době, pozdní příchody do práce, disciplinární problémy, absenci v zaměstnání.

Uživatelé NL se důsledkem užívání potýkají s fyzickými a sociálními problémy. Mnoho problémových uživatelů v Evropě nemá stabilní bydlení, žije na ulici, nemá vzdělání, zaměstnání a další jejich sociální potřeby nejsou uspokojeny. Napříč Evropou je skupina problémových uživatelů návykových látek v těchto oblastech mnohem více zranitelná než zbytek populace. Jejich rodinné a sociální sítě jsou často méně rozvinuté či narušené, což přispívá k většímu riziku jejich vyloučení ze společnosti. V případě, že se dostanou problémoví uživatelé do kontaktu s léčebnými zařízeními, příp. navštěvují po dokončení léčby zařízení následné péče, je pro ně obtížné sladit tyto aktivity s těmi běžnými jako je zaměstnání, studium, péče o rodinu, apod. Dalším problémem se jeví stigma spojované s uživatelem a případný záznam v trestním rejstříku, což může mít za následek obtížné uplatnění na trhu práce a udržení si zaměstnání. To je často problémem lidí vracejících se z výkonu trestu odnětí svobody (dále VTOS). Na problémové uživatele se často společnost dívá jako na „problémové lidi“. Pokud je zde navíc absence kvalifikace, osobního kapitálu či životních dovedností potřebných k úspěchu na stále více konkurenčním trhu práce, je to pro klienty velice obtížné období. Sociální reintegrace se zaměřuje na znovuzачlenění problémových uživatelů NL zpět do společnosti. Definice tohoto pojmu se může lišit napříč různými zeměmi Evropské Unie. Každá členská země může zohledňovat různé priority s ohledem na cíle protidrogové politiky a způsoby, jakými se má opětovného znovuzачlenění dosáhnout. EMCDDA používá pro pojem sociální reintegrace následující definici. Jedná se o jakýkoli zásah s cílem integrovat bývalé či současné problémové uživatele do společnosti. Tři pilíře sociální reintegrace jsou následující: 1. bydlení, 2. vzdělání a 3. zaměstnání (včetně odborné přípravy). Jiná opatření, jako je například poradenství a volnočasové aktivity, mohou být také použity (EMCDDA, 2012).

Nutt et al. (2010) analyzovali poškození spojené s drogami směrem k jednotlivci/uživateli NL a směrem k jeho okolí. Bylo stanoveno celkem 16 způsobů poškození, ke kterým může vlivem užívání NL dojít v oblasti fyzické, psychické a sociální. Schéma možného poškození prezentuje obrázek 1.

Obrázek 1: Důsledky užívání NL pro jednotlivce (uživatele NL) a pro společnost (okolí uživatele)

zdroj: Nutt et al. (2010), s. 1559



Nyní přejdeme k definici jednotlivých možných poškození, které vidíme na obrázku 1. Nutt et al. (2010) je definovali následovně:

UŽIVATEL

- **Předávkování drogami (přímá drogová úmrtí)** – úmrtí, kde užití drogy je vlastní příčinou úmrtí.
- **Další úmrtnost související s drogami (nepřímá drogová úmrtí)** – jde o předčasnou úmrtnost spojenou s užíváním NL, kde příčina úmrtí je jiná než předávkování – zahrnuje například dopravní nehody, rakovinu plic, nakažení virem HIV, sebevraždy.
- **Somatická komorbidita způsobená užíváním drog** – cirhóza jater, mrtvice, kardiomyopatie, žaludeční vředy.
- **Další somatická poškození související s drogami** – poškození fyzického zdraví rizikovou sexuální aktivitou, přenos infekcí cestou injekčního užívání drog, rozedma plic, apod.
- **Závislost** – rozsah, ve kterém užívání drog vytváří sklon nebo nutkání nadále užívat NL i přes nepříznivé důsledky.
- **Přímá psychiatrická komorbidita** – například toxická psychóza, intoxikace ketaminem.
- **Zhoršení duševního zdraví související s drogami (nepřímá psychiatrická komorbidita)** – například poruchy nálady, problémy v oblasti životního stylu, aj.
- **Ztráta hmotného majetku** – rozsah poklesu hmotných věcí jako je např. příjem, bydlení, práce, úroveň dosaženého vzdělání, záznamy v trestním rejstříku, pobyt ve VTOS.
- **Ztráta/problémy ve vztazích** – problémy ve vztazích s rodinou a přáteli.

OKOLÍ UŽIVATELE

- **Zranění** – rozsah, ve které užití drogy představuje riziko a zvyšuje pravděpodobnost poranění ostatních lidí kolem uživatele NL, a to přímo i nepřímo – může se jednat o různé formy násilí včetně domácího násilí, dopravní nehody, poškození plodu dítěte, sekundární přenos virů přenosných krví, aj.
- **Kriminalita** – rozsah, ve které vede užití drogy ke zvýšení objemu majetkových trestných činů, přímo či nepřímo – a to na úrovni populace, nikoliv jednotlivce.
- **Škody na životním prostředí** – rozsah, v jakém vede užívání či výroba drog ke škodám na životním prostředí lokálně – například toxický odpad z míst, kde se vyrábí pervitin či výskyt použitých injekčních stříkaček.
- **Rodinné problémy** – rozsah, ve kterém užívání NL vede k problémům v rodině jako je její rozpad, potíže v ekonomickém či emotivním blahobytu, zanedbávání péče o děti.

- **Mezinárodní škody** – rozsah, ve které vede užívání NL k mezinárodním škodám jako je např. destabilizace země, mezinárodní trestná činnost, nové drogové trhy.
- **Ekonomické náklady** – míněny zvýšené náklady na zdravotní péči, služby policie, vězení, sociálních služeb, dále clo, pojistné, kriminalita a také nepřímé náklady jako například ztráta produktivity země.
- **Vliv na komunitu** – míra v jaké dochází vlivem užívání NL k poklesu sociální soudržnosti a vztahů v lokální komunitě.

2. 3. Socioekonomické charakteristiky uživatelů návykových látek v ČR

Informace pro tuto kapitolu jsou čerpána z Výročních zpráv Hygienické stanice hl. m. Prahy od roku 2005 do roku 2014, které shrnují data o incidenci, prevalenci, zdravotních dopadech a trendech léčených uživatelů drog v České republice v jednotlivých letech. V rámci každého roku jsou zmiňovány okolnosti, které vedly uživatele NL k návštěvě zařízení pro uživatele drog poskytující léčebnou, poradenskou či sociální službu, stav bydlení, zaměstnání, vzdělání a informace o národnosti uživatelů. Tato kapitola je zaměřena na všechny klienty žádající o léčbu v rámci daného roku a je doplněna o informace týkající se socioekonomické situace uživatelů návykových látek v roce 2015, z poslední dostupné Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice.

Tabulka 2: Počet uživatelů drog žádajících o léčbu v letech 2005 – 2014

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Počet žad.	8534	8366	8487	8279	8763	9 005	9 284	8 955	9 784	10 108

Počet uživatelů drog, žadatelů o léčbu, byl v roce 2005 celkem 8534. Od té doby, napříč lety 2005 – 2014 se jejich počet postupně zvyšoval. Rapidnější nárůst žadatelů o léčbu vidíme v roce 2013 (9 784) a 2014, kdy je počet dokonce vyšší jak 10 000.

Tabulka 3: Motiv či důvod návštěvy zařízení pro uživatele NL v letech 2005 – 2014 (v %)

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sám	52	51	54	53	50	51	50	47	51	47
Rodi- na	11	11	9	9	8	7	7	7	7	6
Jiné zaříz.	6	6	6	8	7	8	8	8	8	7
Obv. lékař	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3
LZZ	3	2	3	3	2	2	3	2	3	2
Soc. služb a	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
Soud, PČR	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4
Jiný	4	3	2	2	3	3	5	5	6	4
Nezná- mo	15	18	17	16	19	19	18	21	15	23
Počet žadat.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Pozn.: LZZ = Lůžkové zdravotnické zařízení, PČR = Policie České republiky

Největší část klientů, a to ve všech letech, vyhledala služby zařízení pro uživatele NL sama, z vlastní iniciativy. V roce 2005 to bylo v 52 %, v roce 2014 pak ve 47 %. Od roku 2005 došlo k poklesu počtu uživatelů, kteří navštívili některé z adiktologického zařízení vlivem rodiny. V roce 2005 to bylo 11 % uživatelů, oproti tomu v roce 2014 to bylo o téměř polovinu méně, 6 %. Pod vlivem jiných iniciátorů, jako je například obvodní lékař, policie, aj. se podíl uživatelů NL, kteří žádají o léčbu, nikterak výrazně napříč lety 2005 - 2014 neměnil.

Tabulka 4: S kým žijí uživatelé drog (v %)

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sám	16	18	18	21	20	21	22	22	24	23
S rodiči	46	43	42	40	35	33	32	29	28	26
Sám s dít.	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
S partn.	12	14	13	13	12	13	12	13	12	14
S partn. +dítě	4	5	5	5	5	6	6	6	6	7
S přáte.	9	8	10	8	9	9	9	8	10	8
Jiná možn.	9	8	7	8	9	10	10	11	11	11
Neznámo	3	3	4	4	8	6	8	10	8	9
Počet žadatelů	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

V roce 2005 žila největší část uživatelů drog žádajících o léčbu s rodiči, celkem 46 %. Tento trend velmi výrazně klesl a v roce 2014 žilo s rodiči oproti roku 2005 pouze 26 % uživatelů. Trend, který například od roku 2005 mírně vzrostl, je situace, kdy uživatel žije sám. Zatímco v roce 2005 bylo těchto osob celkem 16 %, v roce 2014 to potom bylo 23 %. Vidíme, že v roce 2014 žil téměř stejný počet uživatelů sám a u rodičů.

Tabulka 5: Charakter bydlení uživatelů drog žádajících o léčbu (v %)

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Stálé bydliště	56	52	52	52	47	45	35	44	42	43
Přechodné bydliště	13	13	13	15	16	16	26	18	21	22
V zařízení	8	7	6	7	8	10	13	10	11	11
Bez domova	7	7	11	11	11	14	13	12	14	13
Neznámo	15	21	18	15	17	15	12	15	12	11
Počet žadatelů	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Ve všech proměnných, kromě stálého bydliště, vidíme rapidně vzrůstající podíl uživatelů NL. Výrazně přibýlo osob, které mají pouze přechodné bydliště (z 13 % na 22 %). Více lidí žije v roce 2014 oproti roku 2005 v zařízení (míněno jako azylový dům, ubytovna, věznice, výchovný či diagnostický ústav mládeže, doléčovací centrum či terapeutická komunita, squat, dětský domov, psychiatrická léčebna či chráněné bydlení). Uživatelů návykových látek žádajících o léčbu, kteří uvedli, že jsou bez domova, bylo v roce 2005 celkem 7 %, v roce 2014 jich bylo téměř dvakrát více (13 %). Klientů se stálým bydlištěm bylo v roce 2005 celkem 56 %, v roce 2014 jich bylo již méně (43 %).

Tabulka 6: Charakter zaměstnání uživatelů drog žádajících o léčbu (v %)

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pravidel.	17	19	21	22	17	16	16	18	16	18
Student, žák	18	17	16	15	14	11	13	11	10	8
Důchodce, v domácn. MD	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3
Nezaměst. příležit. Práce	53	52	51	51	53	57	56	54	59	58
Jiná možnost	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5
Neznámo	3	4	5	4	8	7	7	9	8	8
Počet žadatelů	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Od roku 2005 se velmi nepatrně zvýšil počet uživatelů NL žádajících o léčbu, kteří mají pravidelné zaměstnání. Oproti tomu se výrazně snížil počet lidí, kteří uvedli, že mají status studenta či žáka (z 18 % na 8 %). V roce 2014 bylo oproti roku 2005 více uživatelů NL, kteří byli nezaměstnaní či pracovali příležitostně.

Tabulka 7: Nejvyšší dokončené vzdělání uživatelů drog žádajících o léčbu (v %)

Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nedokončené základní	4	3	4	4	4	3	4	3	3	2
Základní	49	49	49	48	45	44	45	41	44	44
Střední bez maturity	28	28	29	28	27	27	26	27	28	28
Střední s maturitou	12	12	11	13	13	14	13	13	13	12
Vyšší odborné (VOŠ)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vysokoškol.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Neznámo	6	7	6	6	10	10	10	14	11	13
Počet žadatelů	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

V tabulce 7 vidíme, že se od roku 2005 nepatrně snížil počet osob (o 2 %), kteří nemají dokončené základní vzdělání. Počet uživatelů NL žádajících o léčbu, kteří mají základní vzdělání, se pohybuje napříč lety 2005 - 2014 v rozmezí od 41 do 49 %. Osob se základním vzděláním byla v těchto letech oproti ostatním uživatelům s dalšími stupni vzdělání, naprostá většina.

Co se týká národnosti uživatelů NL žádajících o léčbu, naprostá většina osob má národnost českou. V podstatně menší míře se objevují osoby s národností slovenskou, romskou, ukrajinskou. V roce 2007 žádají o léčbu navíc uživatelé NL s národností vietnamskou a ruskou, v roce 2008 se objevují žadatelé s gruzínskou

národností. V roce 2009 přibývají osoby s národností maďarskou, arménskou, běloruskou, v roce 2010 polskou, v roce 2011 německou, v roce 2012 britskou, italskou, bulharskou, bosenskou. V roce 2013 jsou záznamy o tom, že se objevují mezi žadateli o léčbu osoby s národností řeckou, americkou, kazašskou či portugalskou.

Mravčík et al. (2016) uvádí v poslední Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015, že mezi sociální souvislosti užívání drog patří nízké vzdělání, nezaměstnanost, zadluženost, problémy ve vztazích s rodinou a blízkými, s bydlením, apod., přičemž vztah mezi užíváním NL a socioekonomickým znevýhodněním je oboustranný. Nepříznivá socioekonomická situace představuje významnou bariéru při návratu do společnosti a k životu bez drog.

U uživatelů nelegálních drog převládalo základní vzdělání (částečně z důvodu nízkého věku), zejména se to v roce 2015 týkalo uživatelů pervitinu (52 %) a konopných látek (61 %). Významný podíl nezaměstnaných uživatelů NL tvořili uživatelé pervitinu (56 %), opioidů (48 %) a konopných látek (39 %). Stálé bydlení uvedlo 56 % uživatelů pervitinu, 72 % uživatelů opioidů a 66 % uživatelů konopných látek. Jinou národnost než českou uvedla 4 % uživatelů a to zejména národnost romskou (2 % uživatelů nelegálních návykových látek) a slovenskou v 1 %. Dostupnost bydlení pro uživatele NL je nízká, což se týká rovněž zařízení přechodného bydlení, jako jsou např. azylové domy, vzhledem k tomu, že jsou uživatelé drog často odmítáni. Tomu, aby získali trvalé bydlení, brání jejich zadluženost a nedostatek finančních prostředků na složení vysoké kauce (Mravčík et al., 2016).

Uživatelé NL mají problém s uplatněním na trhu práce, proto často pracují na černo. Rizikem je a reálně se děje, že se stávají oběťmi podvodu a neseriózního jednání (např. nevyplacení mzdy). Mezi bariéry, které brání získání zaměstnání, patří například dlouhodobá nezaměstnanost, záznam v trestním rejstříku, nedostatečné pracovní návyky či závislost jako taková. Většina klientů adiktologických služeb má dluhy, často ve výši několika set tisíc korun. Mezi nejčastější příčiny zadlužení patří nedoplatky na sociálním a zdravotním pojištění, neuhrazené platby za telefon nebo pokuty, bankovní půjčky či spotřebitelské úvěry. Pro velkou část problémových uživatelů je tato situace a stav jejich zadluženosti obtížně řešitelný a často nedosáhnou na podmínky osobního bankrotu (Mravčík et al., 2016).

Výskyt sociálního vyloučení je dle Mravčíka et al. (2016) vázán na lokality s vyšším zastoupením Romů než v obecné populaci. Zdá se, že míra užívání NL v sociálně vyloučených lokalitách narůstá, výroba a prodej drog jsou zde běžné. Z cizinců nebo etnických menšin tvoří Romové v některých oblastech významnou část klientely adiktologických služeb, zejména ve výměnných programech a programech substituční léčby. Poměrně uzavřenou skupinou jsou nadále, jako v předchozích letech, Vietnamci, i přesto, že problémové užívání v této skupině je rostoucím problémem. Dále existuje rovněž vztah mezi užíváním NL a poskytováním komerčních sexuálních služeb. Prevalence užívání NL u osob, které pracují v sexbyznysu, je vyšší než u obecné populace.

3 Sociální práce

Sociální práci definuje Matoušek (2003, s. 213) následovně: „sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanost aj.). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci“.

Definicí sociální práce je dlouhá řada. To, jak autoři formulují definici, poslání a cíle sociální práce se liší s ohledem na dobu, v závislosti na teoretickém, společenském a kulturním kontextu. Pokud se podíváme na jednu ze starších definic sociální práce, můžeme se dočíst, že „sociální práce je prostě to, co dělají sociální pracovníci“. Na tuto definici navázali Hanvey a Philpot (1996), kteří tvrdí, že „sociální práce je často to, co jiní – zdravotní sestry, lékaři, policie atd. – nedělají“. Jako příklady dalších definic tohoto oboru si můžeme představit formulaci autora Jordana z roku 1987, který proti sobě staví dvě protichůdná pojetí tohoto oboru. Na jedné straně je to přesvědčení sociálních pracovníků, že cílem sociální práce je pomáhat klientům, na straně druhé se na tento obor dívá očima politiků, kteří podle něj vidí cíl sociální práce v sociální kontrole a řešení či prevenci sociálních problémů. Další autoři jako Webb a Wistow považují za základní cíl sociální práce zejména sociální kontrolu a podporu změny (a to individua, sociálních vztahů, sociálního prostředí), dále sociální zachování, které chápou jako pomoc při zachování akceptovatelného života těch, kteří toho nejsou schopni pomocí vlastních sil (Matoušek et al., 2001).

Staníček (2003 podle Rodová, 2010) zdůrazňuje, že sociální práce nepracuje s emocemi a vnitřním děním v klientovi, ale zaměřuje se na sociální kontext, sociální problém, sociální situaci a sociální jednání. To ovšem neznamená, že sociální pracovník nerozumí nebo nechce porozumět vnitřnímu prožívání klienta, spíše můžeme říct, že pomáhá klientovi vyznat se sám v sobě a ve světě kolem něj. Sociální pracovník pracuje s lidmi v nepříznivé sociální situaci.

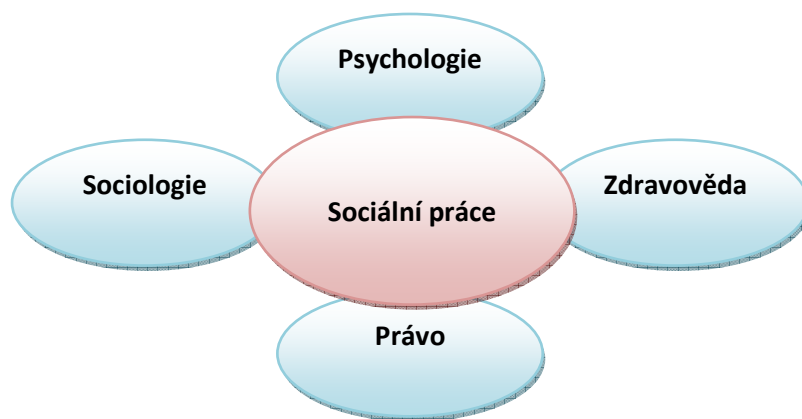
Nepříznivou sociální situaci definují Sokol & Trefilová (2008) jako oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, špatného zdravotního stavu, vzniku krizové situace, z důvodu životních návyků či způsobů života vedoucího ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícího prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby nebo z jiných závažných důvodů.

Jak uvádí Matoušek et al. (2001) sociální pracovník vykonává nejen sociální práci na profesionální úrovni, ale jeho odbornost se vyznačuje také tím, že je schopen se znalostí základů sociologie, psychologie, zdravotvědy, práva a sociální politiky diagnostikovat potřeby klienta a na základě toho navrhnout vhodné řešení. Důležité je, že on sám ale poradenství/odborné služby v těchto oblastech (zdravotní služby,

právní služby, aj.) neposkytuje. V případě vyhodnocení potřebnosti klienta ho na tyto odborníky dále odkazuje. Propojení znalostí z těchto oborů a jejich spojení s výkonem sociální práce znázorňuje Obrázek 2: Profesionalita sociální práce.

Obrázek 2: Profesionalita sociální práce

zdroj: Matoušek et al., 2001, s. 180



Dle § 109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, sociální pracovník: „vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách In Sociální zabezpečení: státní sociální podpora, sociální péče, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum, působnost jednotlivých orgánů: redakční uzávěrka, 1993, s. 145).

Stejně jako sociální práce, je i řada dalších akademických i praktických disciplín, které se zabývají životem člověka a pomocí řešení obtížných životních situací. Sociální práce, byť s řadou těchto disciplín sdílí poznatky a postupy, zaujímá samostatné postavení. „To, co ji od těchto oborů odlišuje, spočívá v důrazu na sociální fungování klienta“ (Matoušek et al., 2001, s. 192). Potom můžeme říct, že úkolem sociálního pracovníka je toto sociální fungování klienta podporovat. Pomoci mu obnovovat či získávat takové dovednosti a informace, které mu umožní zvládat požadavky prostředí. Sociální práce pak s ohledem na tento úkol integruje poznatky z jiných disciplín. Nejvýznamnější oporou sociální práce je beze sporu sociologie, psychologie, pedagogika a právní vědy.

3. 1. Sociální fungování

Jak již bylo výše zmíněno, sociální práce se odlišuje od ostatních oborů zaměřením na sociální fungování klienta. Cíle sociální práce se často opírají o koncept sociálního fungování klienta.

Například Sheafor, Horejsi a Horejsi (2000) považují za cíl sociální práce zlepšovat sociální fungování jednotlivců a sociálních systémů a měnit sociální podmínky tak, aby se tito jednotlivci či systémy nemusely potýkat ve svém sociálním fungování s jakýmkoliv problémy.

Navrátil (2000) pak zmiňuje, že cílem sociální práce je podpořit sociální fungování klienta a to v takové situaci, kde je tato potřeba vyjádřena (na úrovni individuální či skupinové). Ke konceptu sociálního fungování se rovněž přiklání např. americká Národní asociace sociálních pracovníků či Nizozemská asociace sociálních pracovníků.

Ovšem vymezit si jasně termín sociálního fungování je poměrně obtížné. Mnoho autorů se na tento termín odvolává. Jednou z hlavních propagátorek tohoto pojmu byla Barlettová, která podle Matouška et al. (2001) označuje tento pojem pro interakce probíhající mezi požadavky prostředí a lidmi. Navrátil a Musil (2000) pak tento pojem označují jako komplex následujících skutečností:

1. člověk je nucen reagovat na určité požadavky prostředí (formuluje očekávání, definuje sociální role, aj.);
2. lidé a prostředí jsou v neustálé interakci;
3. mezi člověkem a požadavky prostředí je obvykle nastolena rovnováha, může se ale stát, že se tato rovnováha rozkolísá vlivem toho, že člověk dané požadavky dostatečně nezvládá;
4. se vzniklým problémem si část lidí umí poradit sama, část problémovou situaci nezvládá a potřebuje podporu okolí;
5. příčina problémů nebo jejich nezvládnutí má dvě roviny – na jedné straně může být problém způsoben nedostatek dovedností na straně klienta, na druhé straně může být způsoben nepřiměřeností požadavků prostředí vůči člověku;
6. cílem sociálního pracovníka je podporovat sociální fungování klienta, čehož docílí pomocí obnovovat nebo udržovat rovnováhu, pak je předmětem intervence sociálního pracovníka interakce mezi způsobilostí klienta zvládat a tím, co od něj prostředí očekává.

Longres (1995 podle Matoušek et al., 2001, s. 186) vymezuje tento pojem jako „sociální pohodu, zvláště ve vztahu ke schopnosti jednotlivce zvládat rolí očekávání přidružená k jeho konkrétní roli a statusu“.

Matoušek et al. (2001, s. 186) pojetí tohoto pojmu uzavírá tím, že pokud je cílem sociální práce podpora sociálního fungování klienta, „měl by si sociální pracovník vyjasnit dva aspekty pojmu. Za první by si měl ujasnit, které faktory sociálního fungování považuje za podstatné. Za druhé by se měl seznáit s tím, které situační faktory (bariéry a předpoklady) sociálního fungování sehrály nebo sehrávají v životě určitého klienta nebo určité skupiny klientů rozhodující úlohu“.

Pavel Navrátil (2003) ke konceptu sociálního fungování dodává, že k otázce, které faktory sociálního fungování jsou důležité, je možné dívat se různě. Payne

(1997) podle Navrátila (in Kalina a kol., 2003) mluví o vykrystalizování tří zásadně odlišných přístupů, které označuje jako „malá paradigmata“. Ta se liší svými filozofickými východisky, rovněž tak praktickými důsledky. Jedná se o pojetí sociální práce jako:

1. terapeutické pomoci;
2. reformy společenského prostředí;
3. sociálně-právní pomoci.

3. 2. Sociální práce s uživateli návykových látek

Kolektiv autorů (2006, s. 54), který vydal Seznam a definice výkonů drogových služeb, definuje sociální práci jako: *„Aktivity zaměřené na zlepšení sociální situace klienta a jeho schopnosti řešit běžné sociální problémy. Jedná se o: pomoc v oblasti sociálně-právní (např. pomoc při vyřizování sociálních dávek, dokladů, přídavků na děti, kontakt s oddělením péče o dítě, pomoc při řešení problémů s bydlením, splátkové kalendáře), zprostředkování dalších služeb v jiných zařízeních (záruky a reference), asistenční službu (doprovod klienta), probační dohled“.*

V souvislosti s výkonem sociální práce v drogových službách definuje kolektiv autorů (2006, s. 54) také požadavek na odbornost, následovně: *„Odborný adiktologický pracovník s profilací v oblasti sociální práce a minimální délkou praxe 1 rok. V případě kratší praxe je třeba výkony provádět pod dohledem odborného adiktologického pracovníka splňujícího kvalifikační požadavky“.*

Pokud se vrátíme k pojetí sociální práce z pohledu Payna (jako terapeutické pomoci, reformy společenského prostředí a jako sociálně právní pomoci), Navrátil (2003) uvádí, že v pojetí sociální práce jako terapeutické pomoci je za hlavní faktor sociálního fungování považováno *duševní zdraví a pohoda člověka*. Pokud toto pojetí stáhneme na uživatele NL, hlavní pozornost při práci s nimi je zaměřena na problémy intrapsychieho rázu, nepřikládá velkou váhu širším sociálním okolnostem, přístup se nezabývá řešením praktických problémů. Takováto sociální práce je chápána jako pomoc, která je prováděna hlavně formou individuální či skupinové terapie. Za přednost tohoto přístupu je považována pozornost, která je věnována klientovi jako individualitě, jeho zrání a růstu.

Co se týče sociální práce jako reformy společenského prostředí, těžištěm tohoto přístupu je přesvědčení, že problémy, se kterými se lidé setkávají, vznikají z důvodu nepřiměřených požadavků prostředí, ve kterém se pohybují. Cílem tohoto pojetí sociální práce je změna sociálního prostředí, která je považována za primární problém, který narušuje sociální fungování klienta. *„V případě kulturních či etnických menšin se zdá být tento přístup adekvátní, neboť odpovídá fakticitě problémů, které příslušníci těchto menšinových skupin nezakoušejí pouze jako jednotlivci, nýbrž právě jako nositelé znaků své menšinové příslušnosti. V případě konzumentů drog je tento přístup diskutabilní. I s konzumenty drog lze sice pracovat jako s příslušníky určité kulturní menšiny (konzum drog lze chápat jako výraz určitého životního stylu), přesto*

považuji za vhodnější přístup akcentující individualizovaný pohled“ (Navrátil, 2003, s. 72). Strukturální model považuje za překážku ve fungování klienta tzv. labeling definovaný jako předsudečné vnímání konzumu drog ve společnosti. Nepřikládá váhu individuálním potížím konkrétního klienta. Cílem úsilí zastánců tohoto strukturálního modelu je reformovat společnost tak, aby její prostředí vytvářelo akceptující prostor i pro uživatele návykových látek.

Třetí pojetí sociální práce ji definuje jako sociálně právní pomoc. Toto pojetí se opírá o představu, že sociální fungování klienta je ovlivněno zejména schopností zvládat problémy a jeho přístupem k informacím. Tento přístup klade důraz na klienta, jeho individuální potřeby a na jeho vlastní chápání životní situace. Právě to, že je pracovník ochoten vnímat a přijímat klientovo vidění je dobrým předpokladem kvalitní a úspěšné sociální práce. Tento přístup skýtá prostor pro formulaci takových úkolů, které klient může splnit za určitých předpokladů (např. se pokusí seznámit se a porozumět požadavkům institucí, aj.), to se zdá být z hlediska práce se závislými klienty jako účelné. Sociální pracovník se při práci s klientem nezajímá o jeho historii, o možné nevědomé motivy jeho chování, zaměřuje se spíše na případná řešení jeho životní situace a problémů (Navrátil, 2003).

Pro upřesnění, co si můžeme pod pojmem sociální práce v adiktologických službách představit, jaké konkrétní intervence, je přehledně vidět v Tabulce č. 8: Intervence v oblasti sociální práce. Jedná se o data získaná při sčítání adiktologických služeb z roku 2012. Jednalo se o dotazníkový průzkum zaměřený na zmapování sítě existujících adiktologických služeb, jejich charakteristik a charakteristik adiktologické klientely v kontaktu s touto sítí. Celkový počet zařízení, který se tohoto průzkumu účastnil, byl 254. Jednalo se o zařízení různých typů, nejčastěji se statutem zdravotnického zařízení či sociální služby. K demonstraci intervencí v oblasti sociální práce nám postačí pouze malá část dat z tohoto průzkumu.

Z původní tabulky autorka diplomové práce zaměrně vyřadila intervence, které byly ryze adiktologické.

Tabulka 8: Intervence v oblasti sociální práce

Intervence	Počet zařízení
možnost pobytu dětí v zařízení společně s hospitalizovaným klientem	8
poskytování chráněného zaměstnání	9
péče o děti klientů	19
poskytování chráněného bydlení klientům, domy na půl cesty, atp.	20
vrstevnická podpora (peer support)	20
pracovní terapie	48
služby v oblasti rodinného nebo partnerského násilí, domácího násilí	50
pomoc s dopravou do léčebných zařízení	53
on-line poradenství	72
podpůrné služby v oblasti duševního zdraví	78
právní poradenství	84
služby v oblasti koordinace péče (case management)	109
pomoc s dluhy	119
pomoc klientům s hledáním bydlení	135
poradenství a pomoc s hledáním pracovních příležitostí pro klienty	141
rozvoj sociálních dovedností	150
edukace, poradenství a podpora v oblasti HIV/AIDS, HEP, infekcí	151
telefonické poradenství, telefonická krizová pomoc	156
edukace v oblasti užívání drog	174
pomoc s přístupem k dalším zdravotním a sociálním službám	181

Zdroj: Zaostrěno na drogy 5, Sčítání adiktologických služeb 2012, vyd. 2013, s. 12

Z tabulky je patrné, že v nejvíce zařízeních (celkem 181 z 254) probíhá intervence ve formě pomoci s přístupem k dalším zdravotním a sociálním službám, na druhém místě je poté edukace v oblasti užívání drog, následuje telefonické poradenství, telefonická krizová pomoc. Naopak v nejméně zařízeních je možnost pobytu dětí v zařízení společně s hospitalizovaným klientem, dále pouze 9 zařízení poskytuje chráněné zaměstnání a v 19 ti zařízeních je možná péče o děti klientů.

4 Přístupy v pomoci uživatelům drog

Tato kapitola je zaměřena na sedm modelů, které se u nás, v České republice, ale i ve světě uplatňují při práci s osobami užívajícími NL či v souvislosti s osobami, které jsou tímto jevem ohroženy. Cílem této kapitoly je podat přehled o těchto modelech a podívat se na to, s kterými modely souvisí téma socioekonomického statusu a problémů se zákonem u problémových uživatelů NL.

4. 1. Biomedicínský model

Kalina et al. (2003) zdůrazňuje, že tento model dominoval na poli závislostí po dlouhá desetiletí a to zejména v době, kdy nezákonné drogy byly odborným problémem. Tímto fenoménem se na straně poptávky zabývali výhradně lékaři-psychiatři. V tomto modelu je drogová závislost vnímána jako nemoc (v lékařském slova smyslu), která je obtížně léčitelná, chronická a s často opakovanými recidivami. K úpravě stavu takto vnímané nemoci může dojít za pomoci tzv. specifické diety, čímž se myslí trvalá abstinence. Jakékoliv další užití NL se pokládá za recidivu. S ohledem na tento výklad užívání NL byly uzpůsobeny i léčebné metody jako byla ústavní izolace, detoxikace, léčba prací.

Biomedicínský model s tématem diplomové práce úzce nesouvisí, neboť se ve své podstatě nezabývá dopady somatických problémů na společenský charakter života uživatelů NL. V současné době je tendence s klientem/uživatelé NL pracovat komplexně, napříč všemi problémy, které má, počínaje zdravotními přes vztahovou problematiku až k sociální oblasti. Což vyžaduje při práci s klientem i odbornost pracovníků v oblasti zdravotnictví, sociální práce, psychologie, adiktologie, apod. Biomedicínský model však pracuje se závislostí jako s nemocí, jejíž průběh a následky lze v pozitivním smyslu slova ovlivnit pouze trvalou abstinencí.

4. 2. Bio-psycho-sociální model

Výše zmiňovaný biomedicínský model se rozšiřuje o rozměr psychických funkcí a mezilidských vztahů. Drogová závislost považována za nemoc tak vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. U léčby závislosti je pak důležité, aby se zaměřovala na všechny faktory tohoto modelu, proto se klade důraz na léčebné postupy, které souhrnně nazýváme psychosociálními terapiemi (různé metody individuální, skupinové a rodinné psychoterapie). Rozmach tohoto modelu nastal v době, kdy začaly být drogy vnímány jako společenský problém (Kalina et al., 2003).

WHO přišla na bio-psycho-sociální paradigma v šedesátých až sedmdesátých letech minulého století. *„Toto paradigma vychází z pojetí člověka jako celistvé bio-psycho-sociální bytosti ve zdraví, nemoci i léčbě a je neodmyslitelné od velkých myšlenkových proudů své doby, které usilovaly z pohledů filozofických,*

antropologických, přírodovědeckých i psychologických dospět k jednotnému porozumění fenoménu člověk“ (Kalina et al., 2015).

Tento model s tématem diplomové práce souvisí velice úzce. Pojetí člověka jako celistvé bio-psycho-sociální bytosti je pro tuto práci stěžejní. Uživatelé NL mají velice často problémy v oblasti sociální, zdravotní, vztahů či problémů se zákonem. Vnímání člověka v tomto modelu umožňuje pracovat s klienty komplexně, ve všech oblastech jejich potíží, ne jen v oblasti užívání drog a závislosti.

4. 3. Přístup ochrany veřejného zdraví („public health“)

Tento přístup, jak uvádí Kalina et al. (2003) vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Cílem tohoto přístupu je ochrana populace, nikoliv individuálního klienta, zejména před přenosem závažných infekčních chorob jako je AIDS, hepatitida B a C. Přístup ochrany veřejného zdraví se vyvinul v souvislosti s šířením viru HIV a zaměřil se proto na sdílení jehel a stříkaček při intravenózní aplikaci návykových látek a na rizikový pohlavní styk jako na významné kanály, jimž se infekce HIV šíří. Na základě tohoto se vyvinuly metodické postupy jako výměna jehel a stříkaček, distribuce kondomů a edukačních materiálů, slinové testy na HIV, očkování drogové populace proti hepatitidám, aj.

Globální komise pro protidrogovou politiku (2013, s. 8) v publikaci zaměřené na válku proti drogám a její negativní dopady na veřejné zdraví uvádí: *„Namísto investic do efektivních preventivních a léčebných programů nutných k zajištění adekvátního pokrytí dochází nadále k tomu, že jednotlivé státy každoročně vyplývají miliardy dolarů na zatýkání a trestání uživatelů drog, což je zcela neuvážený způsob vynakládání již tak omezených finančních prostředků, které by mohly být využity mnohem efektivněji na realizaci opatření věnovaných ochraně veřejného zdraví a prevenci. Represivní protidrogové politiky mají současně za následek stigmatizaci, diskriminaci a masové věznění uživatelů drog. I to je jeden z důvodů, proč výrazný pokles nových případů nákazy hepatitidou typu C v této populaci uvádí jen velmi málo zemí. Tato neschopnost vlád provádět opatření zaměřená na prevenci a kontrolu virových hepatitid se v budoucnu v mnoha zemích výrazně projeví na rozpočtu ve zdravotní a sociální oblasti“.*

Přístup ochrany veřejného zdraví s tématem diplomové práce souvisí, přestože se jedná primárně o model, jehož cílem je ochrana populace, nikoliv individuálního klienta. Právě odborná péče v oblasti adiktologie a práce s klientem ve všech oblastech jeho problémů je východiskem pro přístup public health s cílem dosáhnout ochrany veřejného zdraví. Tento přístup také odhaluje a zdůrazňuje negativní vliv represivní protidrogové politiky na socioekonomický status uživatelů ve srovnání s reálnými negativními vlivy samotného užívání.

4. 4. Přístup minimalizace poškození („harm reduction“)

Narozdíl od předchozího přístupu „public health“ se přístup minimalizace poškození zaměřuje na individuální potřeby klienta. Cílem není abstinence klienta od všech NL, abstinenci nevylučuje, ale nepokládá ji za nutnou. Základem je akceptace klientova rozhodnutí, že chce užívat drogy (nechce nebo nemůže přestat) a současně vede k minimalizaci rizik spojených s užíváním NL. Mezi tato rizika patří především přenos infekce HIV a hepatitidy, tělesné komplikace jako abscesy, záněty a další, předávkování (často smrtelné), sociální propad klienta. Poradenství a edukace v rámci této oblasti pak zahrnuje také rady, jak si drogu aplikovat, jak používat příslušné parafermálie a další čistě technické informace (Kalina et al., 2003).

Janíková (2015) upozorňuje na to, že v rámci harm reduction se nezaměřujeme pouze na zdravotní rizika spojená s užíváním drog, ale cílíme tento přístup na všechna možná rizika, přičemž zde nacházíme paralelu s bio-psycho-sociálně-spirituálním modelem rozvoje závislosti. To znamená, že pracovníci v drogových službách, kteří jsou v kontaktu s užívajícími klienty, je informují také o rizicích ztráty bydlení, vzniku či zhoršení dluhové situace, negativním vlivu na vztahy v rodinném či sociálním okolí, aj. Pokud se zaměříme na nelegální drogy, příkladem harm reduction intervencí mohou být výměnné programy jehel a stříkaček, očkování proti hepatitidě typu A a B, první pomoc, distribuce naloxonu, substituční programy, preskripce preparátů, testování obsahu drog a další intervence.

Neopomínejme ale také harm reduction v oblasti alkoholu. Pak mezi intervence patří například, na strukturální úrovni, regulace ceny ve formě zvláštního zdanění, licencování výroby a distribuce alkoholu, kontrola dostupnosti omezením prodeje (věkově, místně a časově), na komunitní úrovni jsou to lokální kontrola dodržování zákonů a vyhlášek, na individuální úrovni je to například zaměření na bezpečné užívání bezproblémových konzumentů alkoholu, kontrolované pití uživatelů se škodlivým užíváním alkoholu. Principy harm reduction tak mohou působit na úrovni jednotlivce, společnosti či komunity (Vacek & Vondráčková, 2012).

Světová zdravotnická organizace (WHO) pro pojem harm reduction zejména v souvislosti s injekčním užíváním drog uvádí: „*V oblasti veřejného zdraví je termín harm reduction užíván pro snahu předcházet negativním zdravotním důsledkům souvisejícím s určitým typem chování nebo tyto důsledky minimalizovat. Cílem „harm reduction“ v rámci komplexních intervencí vztahujících se k injekční aplikaci drog je předcházet přenosu viru HIV a jiných infekcí, k němuž dochází sdílením nesterilního injekčního vybavení a přípravků určených k výrobě drog*“ (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006, s. 19).

Model harm reduction se oproti přístupu public health zaměřuje na jednotlivce – klienta/pacienta a je tak vlastně jeho aplikací s fokusem na konkrétního člověka. Jedná se o model, který cílí na zdravotní rizika užívání návykových látek, ale ne pouze na ně. Proto téma socioekonomického statusu a problémů se zákonem s tímto modelem úzce souvisí, neboť zde nacházíme paralelu s bio-psycho-sociálně-

spirituálním modelem rozvoje osobnosti. I zde je klient vnímán jako celistvá bytost s problémy v různých oblastech (bydlení, dluhy, vztahy, konflikt se zákonem, aj.).

4. 5. Sociální a sociálně-pedagogický přístup

V oblasti závislostí tento model zdůrazňuje vnější faktory jako například nepříznivé sociální prostředí, nevhodnou výchovu, absenci či ztrátu sociálních dovedností, schopnosti a možnosti začlenit se do komunity. Mezi metody, které jsou v rámci tohoto přístupu používány, patří zejména resocializace, reedukace a rekvalifikace, sociální a výchovné poradenství, vedení klienta, intervence a asistence, dále také nácvik soběstačnosti, sociální komunikace, pracovní dovednosti. Při nedostatku lékařů či klinických psychologů v oblasti léčby závislosti se tento přístup u nás, ale i ve světě, dokáže uplatnit jako naprosto samostatné řešení pro široký okruh klientů, uživatelů drog. Hlavním těžištěm tohoto přístupu je také dobrovolná práce, charita, v zásadě jde o neúčast profesionálů (Kalina a et al., 2003).

Přístup sociální a sociálně-pedagogický s tématem diplomové práce souvisí. Minimálně v oblasti metod, které jsou v rámci tohoto přístupu uplatňovány. I při práci s uživateli NL v oblasti problémů v sociální situaci či v oblasti problémů se zákonem, dochází k resocializaci, reedukaci, rekvalifikaci, sociálnímu poradenství či vedení klienta. Nicméně zde, při zahrnutí specifických procesů desocializace uživatelů, hrozí výrazná opomenutí například v oblasti práce se sebeidentifikací.

4. 6. Přístupy morální a spirituální

Tento koncept vnímá drogovou závislost jako morální debakl, jeho stoupenci jsou tak především zastánci represe. Jedná se o koncept zaměřující se na morální převýchovu a morální resocializaci. Pracuje s pojmy jako je abstinující alkoholik či abstinující toxikoman jako člověk, který byl jednou závislým a nemůže být nikdy plně uzdraven a své morální selhání by si měl stále připomínat. Model spirituální považuje za jedinou možnou cestu z drogové závislosti oddanost určité víře. Tyto dva přístupy mají tendenci se uzavírat před odborníky, kterým nedůvěřují (Kalina et al., 2003).

Již z výše zmíněného je zřejmé, že téma socioekonomického statusu či problémů se zákonem se o principy přístupu morálního a spirituálního opírat nemůže. Problémový člověk je v rámci tohoto přístupu vnímán výhradně jako hodný převýchovy a morální resocializace. Na závislost není nahlíženo jako na nemoc, kde je s klientem/pacientem nutné pracovat v komplexním měřítku a z více odborných pohledů.

4. 7. Holistický – celostní model

Základní rámec bio-psycho-sociálního přístupu bývá obohacován o oblast alternativních terapií, jako je například akupunktura, akupresura, používání léčiv, masáže či aromaterapie (Kalina et al., 2003).

Holistický – celostní model je z adiktologického hlediska těžko uchopitelný a jen obtížně lze posuzovat jeho možné potenciály v oblasti socioekonomického statusu uživatelů. Pokud bychom ovšem za holistické považovali dosud marginální a alternativní metody, které se z ostatních přístupů nějak vymykají, jako je například efektivní regulace užívání, pak bychom mohli najít výrazné spojnice.

5 Kriminalita u uživatelů návykových látek

Fisher & Škoda (2009) definují kriminalitu jako výskyt chování, které je v dané společnosti trestné. Kriminalita je souhrn trestných činů, které se v konkrétní společnosti vyskytly a stále vyskytují. Jedná se o zjevné, ale i latentní činy a chování sankcionovatelné podle trestního zákona. Pozornost v oblasti kriminality je soustředěna na racionální řešení tohoto problému, které se zaměřuje jednak na ochranu společnosti, ale také na způsob a cíl zacházení s pachateli kriminálních deliktů. Obecným cílem odborníků, kteří se v oblasti práce s pachateli trestných činů pohybují, je snaha o dosažení změn (dosažení korekce ve vzorcích chování do sociálně žádoucích nebo alespoň přijatelných formy, ideálně takovým způsobem, aby byla změna chování trvalá).

5. 1. Primární a sekundární drogová kriminalita

Pokud se zaměříme na *primární drogovou kriminalitu*, jedná se o trestné činy, které postihují nakládání s nelegálními drogami. Primární drogová kriminalita v podstatě splývá se skupinou trestných činů, které EMCDDA definuje jako trestné činy porušování drogových zákonů. V případě, že by nakládání s drogami bylo legální, tento druh trestné činnosti by neexistoval. Hlavním účelem postihu neoprávněného nakládání s omamnými a psychotropními látkami (dále OPL) je prostřednictvím trestní represe, působit na stranu nabídky a snížit dostupnost OPL. *Sekundární drogová kriminalita* zahrnuje především majetkové trestné činy a trestné činy násilné povahy. Nezahrnuje přímo nakládání s nelegální drogou, ale je způsobena v souvislosti s užíváním OPL, zejména pod jejich vlivem nebo v souvislosti s potřebou obstarat si finanční prostředky na nákup NL (Štefunková, 2011).

Škuba (2010 podle Štefunková, 2011, s. 161) zmiňuje menší výzkum, který byl zaměřený na sekundární drogovou kriminalitu, jeho cílem bylo popsat specifické mechanismy a vlivy, které utváří chování uživatele krátkou dobu před spácháním trestného činu a které vycházejí z jeho závislosti na nelegálních NL. Výzkum přinesl zajímavé informace týkající se vlivu jednotlivých užívaných látek na páchanou trestnou činnost. „*Uživatelé pervitinu jednají více spotánně či impulzivně. Příznávají více násilných trestných činů. Naopak pro uživatele opiátů je naprosto provržený rychlý zisk peněz, nicméně také díky tlumivým účinkům jsou schopni si své jednání více dopředu promyslet. Pro obě skupiny uživatelů hraje hlavní roli možnost okamžitého a lehkého dostupného zisku, mezi sekundární drogovou trestnou činností dominují krádeže v obchodě*“.

5. 2. Trestná činnost související s drogami a její typologie dle EMCDDA

Již od roku 2007 doporučuje Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost používání pojmu *trestná činnost související s drogami*. Důvodem pro používání tohoto pojmu je zejména zvýšení vzájemné kompatibility získané

v rámci různých institucí a států, reálnější zhodnocení rozsahu této problematiky a současně také hledání vhodných a efektivních forem jejího řešení. Konceptuální model trestné činnosti související s drogami dle EMCDDA (2007) klasifikuje trestnou činnost související s drogami do čtyř typů trestné činnosti. Tento model vychází z tripartitního konceptuálního rámce navrženého Goldsteinem, ke kterému byla navíc přidána kategorie právní definice trestné činnosti porušující protidrogovou legislativu. Kategorizace je poté následující:

1. psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost;
2. ekonomicky motivovaná trestná činnost;
3. systémová trestná činnost;
4. trestná činnost porušující protidrogovou legislativu (Gabrhelíková, 2015).

Goldstein (1985 podle Štefunková, 2011) uvádí, že užívání drog a násilí spolu vzájemně souvisí třemi způsoby – psychofarmakologicky, ekonomicky motivačně a systemicky. Násilí, které nějakým způsobem souvisí s drogami, se pak dále liší s ohledem na typ užívané NL, motivaci pachatele, typu oběti a také vlivu sociálního kontextu. EMCDDA narozdíl od Goldsteina aplikuje tyto modely na trestnou činnost obecně (ne pouze na vztah násilí a užívání drog).

5. 2. 1. Psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost

Jedná se o trestné činy spáchané pod vlivem NL jako důsledek jejího akutního nebo chronického užívání. S ohledem na odlišný psychofarmakologický efekt různých typů nelegálních NL (např. opiáty versus stimulanty) je tento model relevantní zejména pro trestnou činnost, která souvisí s alkoholem (zejména násilná trestná činnost). S užíváním stimulantů souvisí zejména ve chvíli, kdy při akutní intoxikaci může dojít ke zvýšení rizika paranoidních nebo psychotických stavů uživatele, případně ke zhoršení stávajících psychopatologických a sociálních problémů. Oproti tomu je u opiátů rizikovější období abstinčního syndromu, kdy může být uživatel potenciálně agresivní či se projevovat jakkoliv násilně (Štefunková, 2011).

V praxi se jedná nejčastěji o trestné činy, jako jsou ublížení na zdraví, loupeže, přepadení, sexuální napadení, apod. Řadíme sem také trestné činy, kdy se uživatel NL – vlivem jejich účinku – stane sám obětí trestné činnosti. Účinky NL se mohou projevovat u uživatelů formou podrážděnosti, poruch vnímání, násilí, strachu, paronie (Gabrhelíková, 2015).

5. 2. 2. Ekonomicky motivovaná trestná činnost

Jedná se o trestnou činnost související s obstaráváním financí za účelem udržování drogové závislosti, zejména z důvodu vysokých finančních nákladů na nákup NL. Zahrnuje jednak samovolnou trestnou činnost, jako je prodej drog nebo prostituce (pokud je kriminalizována), dále jde o majetkovou trestnou činnost, jako jsou krádeže v obchodech, loupeže, vloupání, případně falšování lékařských předpisů nebo vykrádání lékáren. Pachatelé ekonomicky motivované trestné činnosti mohou

být osoby závislé na NL, ale i ti, jejichž potřeba užívat drogy musí být podpořena nelegálními příjmy, což je určeno typem osobnosti a vzorcem užívané látky, socioekonomickou situací a rozsahem deviantního životního stylu. Ne všichni jsou však nuceni páchat majetkovou trestnou činnost, někteří jsou schopni si zvýšit svůj legální příjem, jiní zase mohou své užívání regulovat podle svých finančních zdrojů či podle cen drog nebo se vyhýbají výdajům maximalizací příjmů „v naturálních“. Velká část uživatelů drog tyto způsoby různě kombinují (EMCDDA, 2007).

5. 2. 3. Systémová trestná činnost

Do systémové trestné činnosti řadíme násilné trestné činy páchané v rámci fungování trhů s nelegálními NL, jež vycházejí z principu nezákonné povahy trhu (např. spory o území, vymáhání dluhů, trestání za podvody). Pachateli tohoto typu trestné činnosti mohou být jak uživatelé NL, tak „neuživatelé“. *„Neexistuje zde jasné spojení s užíváním drog; obecně není zřejmé, zda drogy (obchod s nimi a jejich užívání) vedou k systémové trestné činnosti či naopak, anebo zda jsou dokonce jen součástí společně sdíleného životního stylu. V každém případě však přítomnost násilí na drogových trzích zvyšuje pravděpodobnost, že se uživatelé drog stanou pachateli nebo oběťmi násilných trestných činů“* (EMCDDA, 2007, s. 3).

Konkrétní protidrogová politika má vliv na rozsah páchání systémové trestné činnosti (Gabrhelíková, 2015).

EMCDDA (2007) k této trestné činnosti dále doplňuje, že se vztahuje zejména k násilným činům (např. napadení, vraždy) spáchaným v rámci fungování trhů s nelegálními drogami jako součást procesu nabídky, distribuce nebo užívání drog. Násilí se objevuje mimo sporů o území a další, výše jmenované, i při střetu s policií.

5. 2. 4. Trestná činnost porušující protidrogovou legislativu

Gabrhelíková (2015) uvádí, že jde zpravidla o trestné činy držení, přechovávání, pěstování, výroby, dovozu NL a obchodování s NL, výroby a obchodu s prekurzory, dále také trestný čin řízení pod vlivem NL. Pachateli mohou být opět jako uživatelé NL, tak „neuživatelé“.

Štefunková (2011) k této skupině trestné činnosti uvádí, že se jedná v zásadě o primární drogovou kriminalitu a zahrnuje trestné činy spáchané porušováním drogové legislativy a souvisejících právních předpisů, zejména naplněním relevantních skutkových podstat upravených v trestním zákoníku.

„Jedná se o trestné činy porušující zákaz určitých forem zacházení se stanoveným souborem psychoaktivních látek. Nezákonný status těchto drog je faktorem, který ovlivňuje výskyt násilí na drogovém trhu a který tím, že zvyšuje ceny drog, podněcuje ekonomicky motivovanou trestnou činnost. Trestné činy porušování protidrogových právních předpisů se významným způsobem podílí na činnosti a výdajích trestněprávních složek“ (EMCDDA, 2007, s. 3).

EMCDDA (2007) závěrem k této problematice uvádí, že řada různých faktorů a podmínek vede uživatele NL a pachatele trestné činnosti do různých situací, ve kterých může, ale nemusí dojít k propojení drog a trestné činnosti. Proto by měla veškerá opatření, která jsou vedena proti trestné činnosti ve spojení s drogami, být maximálně komplexní, cílená a diferencovaná. Pochopení souvislostí mezi drogami a trestnou činností má velký význam pro veřejnou politiku, neboť znalost všech takových souvislostí určuje, jak společnost na trestnou činnost související s drogami reaguje. Základním předpokladem pro hodnocení situace je přesná a jasná definice termínu „trestná činnost související s drogami“. Podstatné je zaměření se na metodologii zjišťování rozsahu trestné činnosti související s drogami, podpora národních studií, které se zaměřují na rozsah a vzorce všech typů trestné činnosti, která souvisí s drogami. Cílem je snížení rozsahu takové trestné činnosti, a to jak opatřeními v oblasti snížení poptávky po drogách (léčby, snižování škod), tak opatřeními v oblasti prevence a snižování trestné činnosti (situační prevence trestné činnosti, alternativy k uvěznění, sociální prevence trestné činnosti).

V souvislosti s tematikou kriminality byli respondenti v rámci praktické části diplomové práce dotazováni, zda byli obžalováni a následně odsouzeni z jednotlivých trestných činů, jejichž definice jsou součástí přílohy diplomové práce (Příloha č. 1).

5. 3. Sociální práce s pachateli trestných činů

Biedermanová (2012) se v časopise věnovanému sociální práci s pachateli trestných činů věnuje významu sociální práce v oblasti vězeňství a uvádí, že sociální práce v této oblasti má stejnou hodnotu v Česku, na Slovensku i ve všech ostatních zemích. Po propuštění, ale nejen při něm, se obracejí odsouzení na sociální pracovníky, kteří jim pomáhají zprostředkovat první kontakt s realitou, při vyřizování chybějících osobních dokladů, hledání ubytování a zaměstnání. Odsouzení se se sociálními pracovníky setkávají i přímo ve věznicích, to však více v roli vychovatelů či jako speciálních pedagogů a zejména při realizaci programů zacházení jak při běžných, tak i při speciálních výchovných aktivitách ve specializovaných odděleních věznic. Tyto aktivity probíhají po celou dobu výkonu trestu odnětí svobody, výrazněji pak ve výstupních odděleních věznic, kde jsou odsouzení připravováni na propuštění. Existuje i celá řada programů neziskových organizací, které s vybranými věznicemi spolupracují.

Chudomel (2012, s. 5) na otázku, jaký význam má sociální práce ve vězeňství, odpovídá: „*Všude, kde je cílová skupina, má tato práce smysl. Tedy i ve věznicích*“. Ve věznicích jsou často osoby, které jsou mimo VTOS klienty sociálních služeb. Často se jedná o osoby, které se do VTOS dostávají vlivem nedostatečné výbavy životními kompetencemi, jako jsou nedostatek sociálních dovedností a znalostí, slabší intelekt, osobnostní vyhraněnost, nízké vzdělání. Terapeuti a vychovatelé se snaží realizovat obsahově takové aktivity, aby byli odsouzení schopni nahlédnout na své chování, čímž může vzniknout předpoklad pro změnu. Cílem sociální a terapeutické práce ve

věznicích je pak především důraz na kontakt s rodinou, podpora komunikace vně rodiny, příprava na výstup z VTOS.

Pokud se zaměříme na trestnou činnost v souvislosti s NL, mezi základní typy drogových služeb, které jsou dostupné ve věznicích v zemích Evropské Unie, patří například: individuální drogové poradenství, vzdělávací programy (v tématech jako drogy, alkohol, HIV, hepatitida, aj.), krizová intervence, individuální drogové poradenství, akupunktura, terapeutické komunity, speciální program před propuštěním (výstupní oddělení), program prevence relapsu, motivační tréninky, detoxifikační oddělení, povinné testy drogového užívání, dobrovolné testovací jednotky, sociální práce a další (Kolektiv autorů, 2006).

Gabrhelíková (2015) s ohledem na uživatele NL a trestnou činnost související s drogami doporučuje jako způsoby práce s touto cílovou skupinou práci s motivací, prevenci relapsu, včasnou diagnostiku, stanovení realistických cílů, případnou nucenou léčbu, principy práce s nedobrovolným klientem (jako např. jednoznačné a srozumitelné vymezení role pracovníka a klienta na začátku i v průběhu spolupráce, aj.) a následnou péči po propuštění z vězení.

Ouředníčková (2012) klade při sociální práci ve věznicích důraz na zaměstnání jakožto na významný faktor úspěšné resocializace. Jako častou překážku při zaměstnávání odsouzených shledává v tom, že mají záznam v rejstříku trestů. V současné době sledujeme poměrně rozšířenou praxi, kdy zaměstnavatelé do inzerátů na volné pozice uvádějí požadavek trestní bezúhonnosti, a tento trend se týká i nekvalifikovaných profesí. V souvislosti s uplatněním odsouzených na trhu práce mohou sociální pracovníci klientům pomáhat se stabilizací sociální situace, mohou posilovat a prověřovat jejich motivaci k pozitivním změnám v životě, rozvíjet dovednosti a schopnosti nutné pro úspěšné uplatnění na trhu práce, mohou pomáhat klientovi s hledáním práce. Současně se zdá být účinné využívat nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti a díky nim zvyšovat klientovu kvalifikaci. Sociální pracovníci a klienti se často setkávají se zažitými předsudky, proto je jejich úkolem je odbourávat a cílit aktivitu k tomu, aby pro zaměstnavatele byly důležité zejména odborné a osobnostní předpoklady klientů. Zaměstnavatelé by se pak posuzováním kriminální minulosti zabývali pouze v přímé návaznosti na vykonávanou pozici. Dalšími možnými nástroji k uplatnění klientů s kriminální minulostí na trhu práce jsou například potlačování práce „na černo“, důsledná podpora praxe rovných příležitostí a daňové zvýhodnění zaměstnavatelů, kteří se rozhodnou stát se součástí reintegrace těchto klientů a budou ochotni je zaměstnat.

„Náplní práce sociálního pracovníka pracujícího s odsouzenými ve výkonu trestu odnětí svobody je zejména sociální práce, která je zaměřena na plynulý přechod odsouzeného do řádného občanského života“ (Kujevská & Dundrová, 2012, s. 13).

6 Metamfetamin a opioidy

6. 1. Metamfetamin

Metamfetamin patří do skupiny psychostimulancií (společně s amfetaminem, MDMA, kokainem, případně léky jako je metylfendidát nebo dexfenfluramin). Jedná se o budivé aminy, které způsobují celkové povzbuzení organismu, zvyšují tělesný, ale i duševní výkon. V případě, že člověk užívá metamfetamin opakovaně s relativně krátkými pauzami mezi jednotlivými užitími, vzestup výkonnosti je obvykle spojen se zhoršením kvality. V České republice patří mezi nejčastěji užívanou psychostimulační látku metamfetamin – pervitin (Kalina et al., 2015).

Z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2015 vychází, že odhad počtu problémových uživatelů pervitinu v roce 2015 byl 34 200, což značí, že došlo k mírnému poklesu jejich počtu. Oproti tomu byl mezi roky 2007 a 2013 pozorován zřetelný nárůst problémového nebo vysoce rizikového užívání metamfetaminu, zejména injekčního - ze zhruba 20 000 na více než 34 000 (Mravčík et al., 2015, 2016).

Pervitin se v České republice stále vyrábí převážně v menších varnách situovaných v obydlených objektech. Hlavním prekurzorem pro jeho výrobu je stále pseudoefedrin extrahovaný z léčiv, ty jsou dováženy především z Polska. I tak se pro jeho výrobu objevují další výchozí látky. Na velkoobjemové produkci a distribuci pervitinu se podílí skupiny organizované Vietnamci, jedná se o trend, který stále stoupá (Mravčík et al., 2016).

Nelegální užívání metamfetaminu sebou nese mnohá rizika dopadající na tělesný i duševní stav uživatelů, mezi něž patří například psychózy, kardiovaskulární a cerebrovaskulární problémy, závislost, infekční onemocnění, psychické či psychiatrické problémy, případně může vést i k úmrtí. S užíváním metamfetaminu se pojí rovněž vysoké riziko psychózy, deprese, sebevražedného chování, úzkosti nebo násilného chování. K vyššímu riziku nákazy virem HIV může přispívat rovněž vysoká míra rizikového sexuálního chování mezi uživateli pervitinu (Darke et al., 2008).

Toto tvrzení potvrzuje i McKetin et al., 2008a (podle Škařupová, 2014), který dodává, že závislost na pervitinu je spojována s větším rizikem vzniku zdravotních problémů, finančními problémy a následným zapojením uživatelů do trestné činnosti, současně je také pozorováno u uživatelů pervitinu větší tendence k sebevraždám.

„Sociální konsekvence (sociální dezintegrace, kriminalita, prostituce) mohou být u rozvinuté závislosti na pervitinu obdobné jako u heroinistů. Závislost těžce poškozuje osobnost a vede k sociální degradaci včetně kriminality, prostituce, apod. jako jediných možných způsobů získání finančních prostředků na drogu“ (Minařík, 2003, s. 162, 167).

V roce 2009 realizovalo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti v České republice průzkumy, které byly cíleny na specifika péče o uživatele pervitinu a také starší uživatele drog. V rámci těchto průzkumů bylo potvrzeno, že

uživatelé pervitinu mají jistá specifika, kterými se odlišují od ostatních uživatelů. Jejich průměrný věk je nižší na rozdíl od uživatelů opiátů, větší počet z nich je svobodných a bezdětných, vyskytují se u nich častěji poruchy osobnosti a chování, neurotické poruchy a poruchy vyvolané stresem, dále pak schizofrenie, aj. Mezi uživateli pervitinu je oproti uživatelům heroinu větší podíl studentů, nižší podíl osob užívajících pervitin je nezaměstnaných či příležitostně pracujících, což pravděpodobně souvisí s jejich nižším věkem. Bytová situace uživatelů pervitinu se od uživatelů opiátů nikterak výrazně neliší. Z průzkumů dále vyplývá, že uživatelé pervitinu méně často vyhledávají odbornou pomoc, ve smyslu léčebných center, častěji však přichází pod vlivem jejich okolí – rodiny, přátel (Mravčík et al., 2009).

Léčba závislosti na metamfetaminu je orientována výhradně abstinенčně, zatím nelze počítat s větší podporou medikace při léčbě závislosti jako takové, i když se v současné době do popředí výzkumu dostává otázka substituce závislosti na metamfetaminu (Courtney & Ray, 2014; Gabrhelík et al., 2010).

6. 2. Opioidy

Opioidy ovlivňují organismus opioidními receptory, v lékařství se využívají jako nejsilnější léky proti bolesti. V průběhu intoxikace dochází ke zklidnění a příjemné euforii, nicméně jejich užití může vyvolat také dysforii, u žen často nevolnost, zvracení a neschopnost se koncentrovat. V případě chronického abusu je nejvíce postižena oblast charakterových vlastností, intelekt nebývá postižen, dochází k propadu klientů po stránce zdravotní, sociální, často i psychické. Opioidy, opiáty, zejména však heroin mají vysoký potenciál pro vznik fyzické závislosti. Osoby závislé na opioidech jsou ohroženy sociální degradací včetně kriminality, prostituce, apod. Další rizika pak plynou zejména z injekčního užívání - riziko nákazy virem HIV a viry hepatitidy (Minařík, 2003).

Kalina et al. (2015) doplňuje, že mezi nejvýznamnější přírodní zástupce patří alkaloidy, morfium a kodein, z polosyntetických a syntetických látek jsou to pak zejména heroin, metadon, buprenorfin a v České republice také braun. Mezi krátkodobé účinky užití opioidů a opiátů patří například útlum nervového systému, výrazný útlum dechového centra, svědění, pokles tělesné teploty, zúžení zornice (tzv. mióza), zpomalení srdeční akce, zácpa, zhoršené vyprazdňování močového měchýře, pokles plodnosti u žen. Mezi dlouhodobé účinky pak patří vznik závislosti (psychické i somatické), stoupání tolerance k účinkům, pokles citlivosti k bolesti, poškození organismu v souvislosti s nežádoucími účinky, aj.

Nejčastěji užívané opioidy/opiáty mezi problémovými uživateli jsou heroin a buprenorfin. V roce 2015 došlo k nárůstu počtu problémových uživatelů drog, bylo odhadnuto 4,5 tisíc uživatelů heroinu a 7,1 tisíc uživatelů buprenorfinu (zejména Subutexu). Odhad problémových uživatelů jiných opioidů je 1 150. Stále více se mezi problémovými uživateli návykových látek objevuje zneužívání opioidních analgetik jako fentynalové náplasti či analgetika Vandal® Retard, obsahující morfin, a Palladone®, obsahující hydromorfon (Mravčík et al., 2016).

Co se týče užívání opioidů v Evropě a ve světě, Výroční zpráva o drogách (EMCDDA, 2015) uvádí, že problémových uživatelů opioidů je dle expertních odhadů 1,3 milionu. Opioidy jsou u 41 % z celkového počtu žadatelů o léčbu v EU primární drogou. 700 000 uživatelů opioidů podstoupilo v roce 2013 substituční léčbu.

Heroin a ostatní opioidy jsou nejrozšířenějšími drogami napříč problémovými uživateli návykových látek v Evropské Unii. Uživatelé heroinu jsou nejpočetnější skupinou vstupující do léčby závislostí v rámci Evropské unie a injekční užívání je nejnebezpečnější cesta užití heroinu a dalších opioidů. Opioidy také tvoří drtivou většinu úmrtí souvisejících s drogami v Evropě (EMCDDA, 2012a podle Skařupová, 2014).

Světová zpráva o drogách (UNODC, 2015) udává prevalenci 0,7 % (tj. 32,4 milionu uživatelů) celosvětové populace u opioidů, u opiátů je to pak 0,4 % (16,5 milionu uživatelů).

Ve srovnání s léčbou závislosti na metamfetaminu, mají uživatelé závislí na opioidech možnost podstoupit substituční léčbu, která je i přes některé přetrvávající kontroverze považována za klíčovou a plnohodnotnou modalitu léčby závislosti (Pavlovská & Minařík, 2015). Pokud se podíváme na abstinенčně orientovanou léčbu závislosti na opioidech v souvislosti se sociodemografickými charakteristikami, například Slovenská prospektivní studie (provedená s 351 participanty) poukázala na to, že signifikantně lepších výsledků po 3 letech od ukončení léčby dosahovali ti, kteří byli v době přijetí do léčby zaměstnání či byli studenty ve škole. Podíl klientů, kteří po 3 letech plně abstinovali déle než 6 měsíců, byl 30 %. Dalších 6 % participantů abstinovalo pak kratší dobu než 6 měsíců, 10 % bylo klienty substitučního programu a 25 % užívalo heroin (Okruhlica, Mihalkova, Klempova & Skovayova, 2002).

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 Úvod výzkumné části

7. 1. Výzkumná studie Evaluace výsledků léčby závislostí v ČR

Výzkumná část diplomové práce analyzuje data z výzkumné studie Národního ústavu duševního zdraví (dále NUDZ), Centra epidemiologického a klinického výzkumu závislostí, Evaluace výsledků léčby závislostí v ČR (Csémy et al., 2015).

Kromě hodnocení různých léčebných modalit u různých cílových skupin je tato studie detailněji zaměřena na dvě témata, substituční léčbu závislosti na opiátech a na problematiku psychiatrické komorbidity u uživatelů pervitinu.

Základními cíli studie je zkoumat výsledky léčby na úrovni klienta/pacienta, zkoumat vliv sociodemografických, uživatelských a dalších charakteristik na průběh a výsledek léčby, zhodnotit vliv struktury a objemu poskytovaných léčebných intervencí na výsledek léčby, zkoumat charakteristiky a prvky léčby poskytované v různých typech zařízení a různým skupinám klientů a jednotlivcům včetně klientů/pacientů s výskytem duálních diagnóz. Mezi další cíle patří zkoumat výskyt psychiatrické komorbidity u uživatelů metamfetaminu v době akutního užívání drogy (v rámci nízkoprahových zařízení) i v období abstinence (v léčebných zařízeních a po ukončení léčby), zhodnotit vliv psychiatrické komorbidity uživatelů drog na motivaci k léčbě, na proces léčby a na výsledek léčby, sledovat míru rehospitalizace v horizontu 36 měsíců od ukončení indexové léčby prostřednictvím přístupu do registru hospitalizací na základě souhlasu pacienta.

Studie má design prospektivní kohortové studie porovnávající výsledky intervencí v 5 typech zařízení (kontaktní centrum, ambulantní program, specializované centrum poskytující opiátovou substituční léčbu, pobytová léčba na oddělení adiktologie/psychiatrie a pobytová léčba v terapeutické komunitě). První sběr údajů probíhá v době do dvou týdnů od zahájení léčby (v nízkoprahových zařízeních se jedná o klienty, kteří se kontaktovali se zařízením poprvé) a dále po 3 a 12 měsících od zahájení léčby.

Jsou zjišťovány sociodemografické údaje, zkušenosti s předchozí léčbou, historie užívání návykových látek, stupeň závislosti, somatické a psychické zdraví a kvalita života, kriminální aktivity, rizikové chování související s injekčním užíváním drog a infekčními chorobami spojenými s užíváním drog.

Autorka diplomové práce je v rámci studie NUDZu tazatelkou a realizuje rozhovory s respondenty. Tazatelů v rámci studie je celkem 10 (7 externích tazatelů z odborných adiktologických služeb, 3 tazatelé jsou zaměstnanci NUDZu).

Výběr respondentů do studie v daném zařízení byl exhaustivní – do studie byli zapojeni všichni klienti, kteří zahájili léčebnou epizodu nebo se poprvé kontaktovali se zařízením v období sběru dat do studie, splnili vstupní kritéria a souhlasili s účastí ve studii.

Vstupní kritéria jsou následující:

- osoby vykazující problémy s užíváním návykové látky,
- schopnost účastnit se studie v celém trvání (tj. po dobu sledování 12 měsíců),
- duševní způsobilost k poskytnutí informovaného souhlasu s účastí v této studii (tj. nemají závažné poškození kognitivních funkcí, mentální retardaci, závažné psychotické symptomy, atd.),
- věk 18 a více let.

Do studie nejsou zařazeny:

- osoby, které nebudou schopny účastnit se studie v jejím časovém plánu a rozsahu (tj. sledování po 3 a 12 měsících) z různých důvodů (např. nástup do VTOS),
- osoby, které jsou zjevně neschopny spolupracovat při sběru dat při rozhovoru a vyplnit dotazník určený k vyplnění klientem.

7. 2. Cíle

Hlavním cílem diplomové práce je zjištění socioekonomického statusu a trestněprávní situace klientů užívajících jako primární drogu opioidy a/nebo pervitin a vyvodit případná doporučení směrem ke službám, jichž jsou výše zmiňovaní uživatelé klienty.

Dalším cílem je zmapovat, zda se proměnné (socioekonomický status a trestněprávní situace) liší s ohledem na užívanou primární drogu. Cílem je pak zjištění, zda se klienti užívající opioidy a/nebo pervitin jako primární drogy liší s ohledem na pohlaví, věk, dosažené vzdělání, pracovní zařazení, finanční situaci s ohledem na oblasti jejich hlavních příjmů (legální versus ilegální zdroje příjmů), právní situaci, délku pobytu ve VTOS či vazbě (kriminální minulostí), aj.

Vzhledem k tomu, že data pro účely diplomové práce, jsou čerpána ze studie, která stále probíhá, můžeme s jistotou říci, že se jedná o data aktuální. Diplomová práce poskytuje informace o tom, jací klienti nám v současnosti vstupují do adiktologických služeb a jaká je jejich situace v rámci prvního kontaktu. Službami jsou míněna kontaktní centra, ambulantní programy, zařízení poskytující substituční léčbu, pobytová léčba na oddělení psychiatrie a pobytová léčba v terapeutické komunitě.

7. 3. Výzkumné otázky

Pro účely výzkumu byly definovány následující výzkumné otázky.

Základní výzkumná otázka:

Jaký je socioekonomický status a problémy se zákonem u problémových uživatelů opioidů a pervitinu, kteří vstoupili do studie/do adiktologických služeb?

Sekundární výzkumné otázky:

Jsou zřetelné rozdíly v socioekonomickém statusu a problémech se zákonem podle primární drogy (opioidy versus pervitin)?

Liší se tyto dvě skupiny dle jednotlivých proměnných (věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, oblasti příjmů, dluhová situace, bytová situace, aj.)?

7. 4. Hypotézy

H1: Uživatelé opioidů jsou více sociálně stabilizovaní (bydlení, práce, finanční situace/dluhy/sociální dávky) než uživatelé pervitinu.

H2: Uživatelé opioidů mají v anamnéze vyšší míru páčání drobné kriminality než uživatelé pervitinu.

H3: Vzhledem k vyšší míře závažnosti trestné činnosti bude podíl osob se zkušeností s výkonem trestu odnětí svobody vyšší u uživatelů pervitinu než u uživatelů opioidů.

8 Metodika a materiál

8. 1. Výzkumný soubor

Soubor tvoří klienti, kteří zahájili léčebnou epizodu nebo poprvé vstoupili do jedné ze služeb v síti spolupracujících zařízení a vyplnili dotazníkovou sadu v rámci prvního základního dotazování. Výběr zařízení byl záměrný, aby zahrnoval všechny požadované typy programů. Jedná se o následující organizace a jejich projekty.

Tabulka 9: Seznam spolupracujících zařízení a jejich projektů

ZAŘÍZENÍ	PROJEKT
Kolpingovo dílo České republiky, z. s.	Terapeutická komunita
Podané ruce, o. s.	Psychiatrická AT ambulance
	Terapeutická komunita
	Kontaktní centrum
Adiktologické centrum, s. r. o.	AT ordinace Mělník
Progressive, o. s.	Kontaktní centrum
Středisko prevence a léčby drogových závislostí Drop In, o. p. s.	Nízkoprahové středisko
	Centrum metadonové substituce
DRUG-OUT KLUB, z. s.	Kontaktní centrum
PL Bohnice	Střednědobá ústavní léčba
PN Ústí nad Labem	AT ordinace
Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze	Psychiatrická ambulance
	Substituční léčba
	Lůžkové oddělení pro léčbu závislostí

Pro výzkumnou část diplomové práce byli vybráni klienti, jejichž primární NL (nebo jednou z primárních NL) byly opioidy (konkrétně heroin, metadon, Subutex, Suboxone, případně jiné opioidy) nebo pervitin a z celé datové sady byla vybrána data, která se týkala socioekonomického statusu a trestněprávní situace klientů/pacientů.

V každém ze zmíněných zařízení byla kontaktní osoba (vedoucí zařízení, zástupce vedoucího, vrchní sestra), která vybírala potenciální klienty a nabízela jim účast ve výzkumu. Následně v každém zařízení proběhlo dotazování s tazatelem, který byl vyškolen. Jednalo se o externího tazatele nebo o zaměstnance daného projektu či organizace. Vzhledem k autorčině pozici sociální pracovníce v Nízkoprahovém středisku Drop In, o.p.s., a znalosti dalšího projektu (Centrum metadonové substituce, dále CMS) byla tazatelkou, v rámci organizace Drop In, o.p.s., autorka diplomové práce.

Data, která jsou v rámci diplomové práce analyzována, vycházejí ze všech dotazníků od všech tazatelů, kde respondent uvádí jako primární NL (nebo jednu z primárních NL) opioidy nebo pervitin. Data pochází z první fáze dotazování, které bylo s respondenty realizováno do čtrnácti dnů od nástupu klientů do služeb/prvního kontaktu se službou.

Ve výzkumném vzorku je celkem 109 uživatelů návykových látek, z toho **59 uživatelů opioidů a 50 uživatelů pervitinu.**

8. 2. Výzkumný nástroj

Dotazník je přílohou diplomové práce (Příloha č. 5).

Oblasti otázek dotazníku

1) základní údaje o klientovi (pohlaví, věk, aj.),

2) užívání návykových látek (pro diplomovou práci důležitá část zaměřená na užívání návykových látek v posledních 30 dnech před vstupem do adiktologické služby),

3) zdravotní stav (zdravotní problémy, pravidelné užívání léků, invalidní důchod v souvislosti s tělesným zdravotním stavem)

4) sociální situace

zaměstnání (obvyklé zaměstnání, poslední zaměstnání, nezaměstnanost, apod.)

vzdělání (včetně rekvalifikačních kurzů, apod.)

zdroj obživy a konkrétní finanční obnosy (legální x ilegální zdroje příjmů)

dluhová situace – ano x ne, výše dluhů, stav úhrady dluhů, příčiny zadlužení

5) právní situace

kriminální minulost (obžalování, zadržení, aj.)

případná doba pobytu ve vazbě či výkonu trestu odnětí svobody, otázky zaměřené na nelegální činnost pro zisk

Dotazníková sada se skládá z:

1. Addiction Severity Index-Lite (ASI-Lite)
2. Severity of Dependence Scale (SDS)
3. Části týkající se symptomatologie somatické komorbidity, bydlení a zadluženosti z Maudsley Addiction Profile (MAP)
4. Části týkající se rizikového chování z dotazníku pro seroprevalenční studie EMCDDA
5. Mental Health Inventory – 5 (MHI-5)
6. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form (Q-LES-Q-SF)
7. Circumstances, Motivation, and Readiness scales for substance abuse treatment (CMR)
8. Část týkající se substituční léčby a nastavení dávky

Část dotazníku je sbírána pomocí F2F interview s tazatelem, část je samovyplňována respondentem.

8. 3. Postup sběru dat

Na úvod dotazování byli respondenti obeznámeni o charakteru výzkumu, možnostech sezení kdykoliv přerušit či odmítnout zodpovězení jakékoliv otázky a samozřejmě možnosti dát si pauzu vzhledem k tomu, že dotazování bylo poměrně časově náročné.

Dotazování s respondenty bylo realizováno v prostorách konzultační místnosti Nízkoprahového střediska Drop In, o. p. s., kde je autorka diplomové práce zaměstnána. Další tazatelé uskutečňovali dotazování s klienty výše zmiňovaných adiktologických služeb v jejich prostorách po vzájemné domluvě času prostřednictvím kontaktní osoby v daném zařízení.

S klienty byl vždy předem domluven čas sezení a byly jim předány základní informace o tom, co mohou očekávat a jak sezení bude probíhat. V CMS Drop In, o. p. s., kde byla autorka rovněž tazatelkou, domlouvala termín sezení vrchní sestra, která byla pro tento účel kontaktní osobou. Autorka za klienty poté docházela do tohoto zařízení a zde realizovala dotazování s klienty. V CMS Drop In, o. p. s. byl pro dotazování vyhrazený prostor, kde bylo zajištěno potřebné soukromí. Klienti se tak nemuseli nikam přesouvat a dotazování proběhlo v době, kdy pravidelně chodí do centra pro metadon, což se ve všech případech ukázalo pro klienty jako vyhovující. Současně tím byla zajištěna větší pravděpodobnost, že klient na domluvenou schůzku dorazí. V průběhu dotazování byly odpovědi respondentů zaznamenány do předem připraveného, vytištěného dotazníku. Převážně se jednalo o výběr možností z předem připraveného výčtu možných odpovědí a tazatel odpověď zaškrtoval. V případech širších odpovědí klienta bylo v dotazníku vyhrazené místo na poznámky.

Všichni respondenti a respondentky souhlasili s účastí na výzkumu, s prezentací výsledků a se zpracováním dat. Dotazníky byly získány v časovém rozmezí od června 2015 do října 2016.

8. 4. Metoda zpracování a analýzy dat

Data z první fáze dotazování byla zpracována pomocí statistického softwaru IBM SPSS 13.0. Analýza rovněž proběhla v IBM SPSS 13.0. Byla použita deskriptivní statistika třídění prvního a druhého stupně (krostabulace).

8. 5. Etické normy

V průběhu realizace výzkumu byly dodržovány etické principy, které chrání účastníky výzkumu. Mezi hlavní etické normy patří (Miovský, 2006):

- informovaný souhlas s účastí ve výzkumu,
- ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu (anonymní zpracování dat),
- ochrana před újmou či poškozením účastníků výzkumu.

Studie, ze které byla čerpána data pro praktickou část diplomové práce, byla schválena Etickou komisí Národního ústavu pro duševní zdraví. Rozhodnutí Etické komise NUDZu je obsahem Přílohy č. 3. Součástí Přílohy č. 4 je dále Rozhodnutí Etické komise VFN v Praze, vzhledem k tomu, že studie probíhá v současnosti také na pracovištích Kliniky adiktologie 1. LF UK v Praze.

Respondenti dostávali předem informace o účelu rozhovoru, formě, průběhu a způsobu zacházení s osobními údaji a jejich ochraně v souladu s platným zákonem č. 101/2000 Sb. S respondenty byl podepisován písemný informovaný souhlas s účastí ve výzkumu (Příloha 2). Důvěrnost sebraných údajů byla zajištěna, údaje byly vedeny pod anonymně číslovaným kódovacím systémem.

Respondenti byli chráněni před zbytečnou časovou zátěží, narušováním soukromí a osobních údajů. Jak doporučuje Miovský (2006), zpracování získaných dat bylo omezeno účelem, tzn., že byla použita pouze nezbytně nutná data pro studii.

Vzhledem k tomu, že dotazník byl v rámci základního dotazování poměrně dlouhý, byl kladen důraz na aktuální fyzický a psychický stav respondentů. Jak bylo v textu již zmíněno, před počátkem rozhovoru bylo považováno za nutné, zejména vzhledem k délce dotazování, ujistit respondenta o možnosti pauzy a odpočinku.

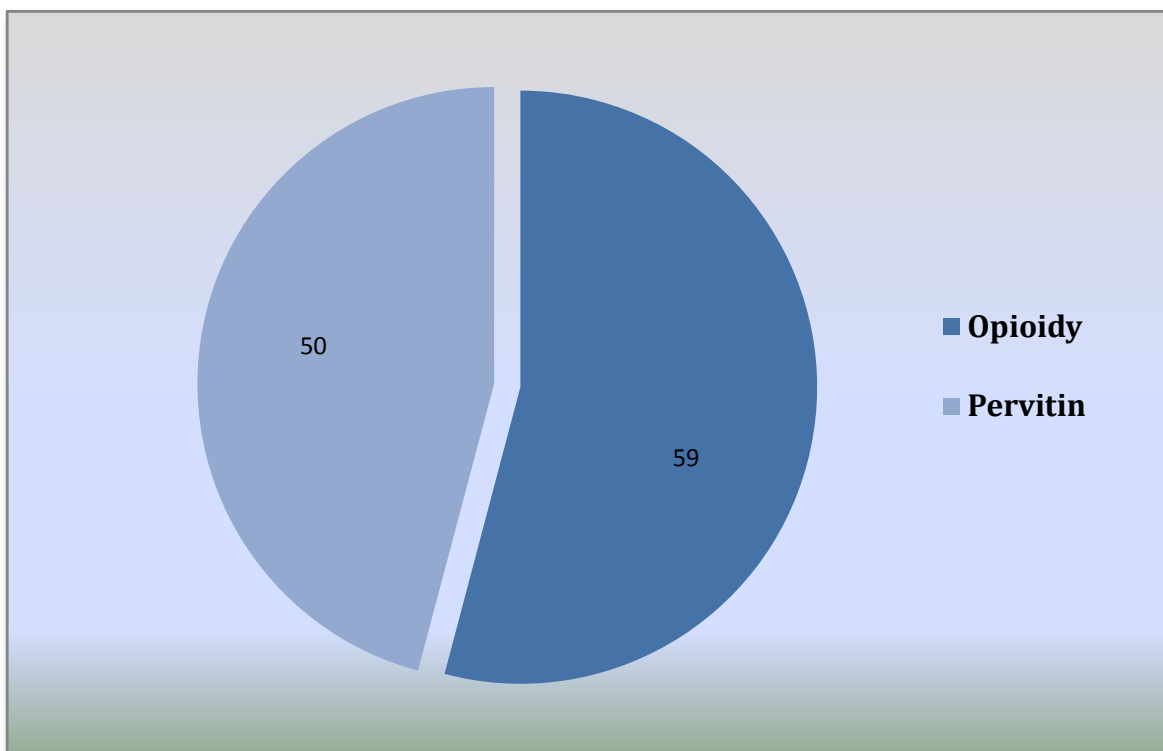
9 Výsledky výzkumu

Výsledky kvantitativního výzkumu jsou z důvodu přehlednosti rozděleny do čtyř samostatných oblastí. V první části jsou prezentována data popisující výzkumný soubor dle A/základních indikátorů, jako je užívaná návyková látka (dále NL) a zastoupení respondentů v jednotlivých programech, pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav a B/popis výzkumného souboru z hlediska frekvence užívání návykových látek respondenty. Druhá část se zaměřuje na socioekonomickou situaci uživatelů NL (bydlení, zaměstnání, zdroje příjmů, dluhová situace). Třetí část shrnuje informace o problémech se zákonem u uživatelů opioidů a metamfetaminu, čtvrtá část se zaměřuje ve stručnosti na zdravotní obtíže respondentů.

9. 1. Popis výzkumného souboru

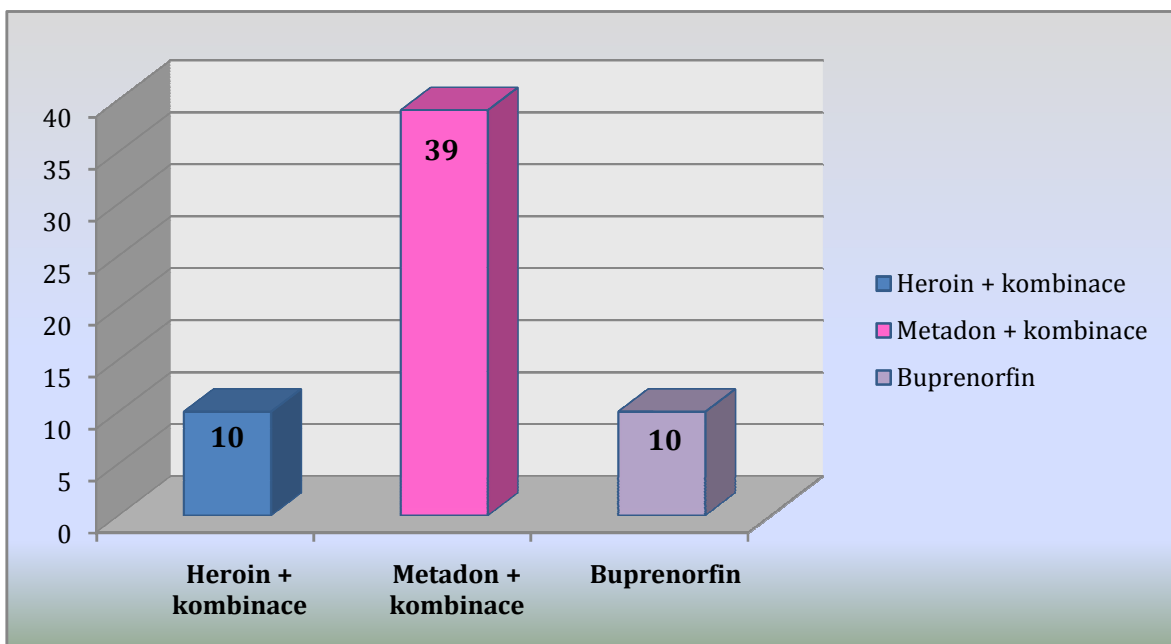
9. 1. 1. Výzkumný soubor dle základních indikátorů

Graf 2: Výzkumný soubor dle skupiny primární návykové látky



V praktické části diplomové práce bylo analyzováno celkem 59 uživatelů opioidů a 50 uživatelů pervitinu jako primární NL (příp. jako jedné z primárních NL). Jaké konkrétní návykové látky uvedli uživatelé opioidů, vidíme v následujícím *Grafu 3: Opioidy*.

Graf 3: Opioidy



Nejvyšší podíl uživatelů opioidů je prezentován skupinou uživatelů metadonu jako primární návykové látky, případně v kombinaci s další NL. Jedná se o 39 klientů.

Ve stejném poměru zastupují opioidy dvě zbylé skupiny - uživatelé heroinu (případně v kombinaci s další drogou) a uživatelé buprenorfinu. V obou skupinách je počet klientů 9.

Tabulka 10: Skupiny návykových látek dle pohlaví

Skupina drog	MUŽI (73)		ŽENY (36)	
	Počet	%	Počet	%
Opioidy + kombinace				
Heroin + kombinace	5	6,9	5	13,9
Metadon + kombinace	25	34,4	14	38,9
Buprenorfin	9	12,0	1	2,8
Pervitin + kombinace				
Pervitin	27	37,0	13	36,1
Pervitin + alkohol	2	2,7	3	8,3
Pervitin + opiáty	4	5,6	0	0
Pervitin + marihuana	1	1,4	0	0

Nejpočetnější skupinou mužů u opioidů jsou uživatelé metadonu (příp. v kombinaci s další NL) s celkem 25 respondenty. Ve druhé skupině jsou to pak uživatelé pervitinu s 27 respondenty. Ženy ve skupině opioidů uvádějí nejvíce metadon, jedná se o 14 žen. Ze skupiny uživatelů pervitinu je to právě pervitin u 13 respondentek.

Tabulka 11: Počet klientů v jednotlivých programech

Program	OPIOIDY		PERVITIN	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
Kontaktní centrum	9	1	21	4
Ambulantní program	1	3	9	9
Substituční program	28	16	0	0
Střednědobá ústavní léčba	0	0	3	2
Terapeutická komunita	1	0	1	1
Celkem	39	20	34	16

Nejvíce uživatelů opioidů je ze substitučních programů, oproti tomu uživatelé pervitinu jsou nejvíce z kontaktních center.

Tabulka 12: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Opioidy	Pervitin
Muži	39	34
Ženy	20	16
Celkem	59	50

Údaje v tabulce 12 ukazují, jaké je pohlaví respondentů u obou skupin uživatelů NL. Ve skupině opioidů je téměř jednou více mužů než žen, 39. Žen je v této skupině 20. Uživatelé pervitinu prezentuje 34 mužů a 16 žen.

Tabulka 13: Věk respondentů (v %)

Věková skupina	Opioidy + kombinace	Pervitin + kombinace
24 let a méně	1,7	12,0
25 - 29 let	8,5	10,0
30 - 34 let	25,4	26,0
35 - 39 let	35,6	22,0
40 - 44 let	11,9	8,0
45 let a více	16,9	22,0

Tabulka 13 prezentuje procentuální rozložení respondentů dle věkových skupin. Ve věkové skupině 24 let a méně jednoznačně převažují uživatelé pervitinu (12 %). Podobné obsazení uživatelů pervitinu a opioidů je ve věkové skupině 25 – 29 let,

podobně je tomu tak v rozpětí let 30 – 34 a 40 - 44. Ve věkové skupině 35 – 39 let převažují jednoznačně uživatelé opioidů (ve 35,6 %). Velká část uživatelů pervitinu je ve věkové skupině 35 – 39 a 45 let a více (v obou věkových skupinách 22 % respondentů). Co se týká největšího počtu uživatelů opioidů dle věku, je tomu tak ve věkové skupině 35 – 39 let, u uživatelů pervitinu naopak ve věkové skupině 30 – 34 let.

Tabulka 14: Vzdělání (v %)

Vzdělání	Opioidy + kombinace	Pervitin + kombinace
ZŠ	44,1	45,0
SOU	39,0	36,7
SŠ s maturitou	16,9	16,3
VŠ	0	2

Z tabulky 14 je patrné, že obě skupiny jsou v oblasti vzdělání procentuálně velmi vyrovnané. Uživatelé opioidů a pervitinu se základním vzděláním tvoří téměř polovinu respondentů. Velká část respondentů má vystudováno střední odborné učiliště, u skupiny uživatelů opioidů je to 39 % z celkového počtu 59 respondentů a u uživatelů pervitinu 36,7 % z 50 respondentů. Střední školu s maturitou má ukončeno 16,9 % uživatelů opioidů a velmi podobně, 16,3 % uživatelů pervitinu. Ve skupině uživatelů opioidů není žádný respondent s vysokoškolským vzděláním. 2 % respondentů spadajících do skupiny uživatelů pervitinu mají VŠ vzdělání a jedná se o muže.

V případě, že uživatele obou skupin návykových látek posuzujeme jako jeden celek, z analýzy je patrné, že více než polovina žen (51,4 %) z celkového počtu (36) má základní vzdělání. Z celkového počtu mužů ve výzkumném souboru (73) má základní vzdělání 41,4 % respondentů. Více mužů má ukončené vzdělání na středním odborném učilišti (43,8 %). Střední školu s maturitou má ukončeno 13,7 % mužů. Ženy mají absolvované střední odborné učiliště ve 25,7 %, střední školu s maturitou ve 22,9 %, vysokou školu nemá vystudovanou žádná žena z výzkumného souboru.

Tabulka 15: Rodinný stav (v %)

Rodinný stav	Opioidy + kombinace	Pervitin + kombinace
poprvý ženatý/vdaná	22,4	30,0
znovu ženatý/vdaná	1,7	0
vdovec/vdova	3,4	2,0
v odloučení	0	0
rozvedený/á	17,2	18,0
nikdy nebyl/a ženatý/vdaná	55,3	50,0

V tabulce 15 jasně vidíme, že polovina uživatelů z obou skupin NL nikdy nebyla ženatá/vdaná, u uživatelů opioidů o 5 % více. Velmi podobné hodnoty vidíme také u rodinného stavu „rozvedený/á“, u uživatelů opioidů 17,2 %, u uživatelů pervitinu 18 %. Nikdo z respondentů, ani jedné skupiny, nežije v odloučení. Druhou největší skupinou, jak u uživatelů opioidů, tak pervitinu, je skupina respondentů, kteří jsou poprvé ženatí/vdaní (22,4 % a 30 %).

9. 1. 2. Popis výzkumného souboru dle frekvence užívání návykových látek

Nyní se podíváme na to, jaké NL uživatelé opioidů a pervitinu *někdy v životě užíli* a jaké NL *užíli v posledních 30 dnech*. Dále přejdeme ke zmapování užívání NL v posledních 20 a více dnech. Jedná se o posledních 20 a více dní před vstupem do jednoho ze zařízení zmíněných v Tabulce 9.

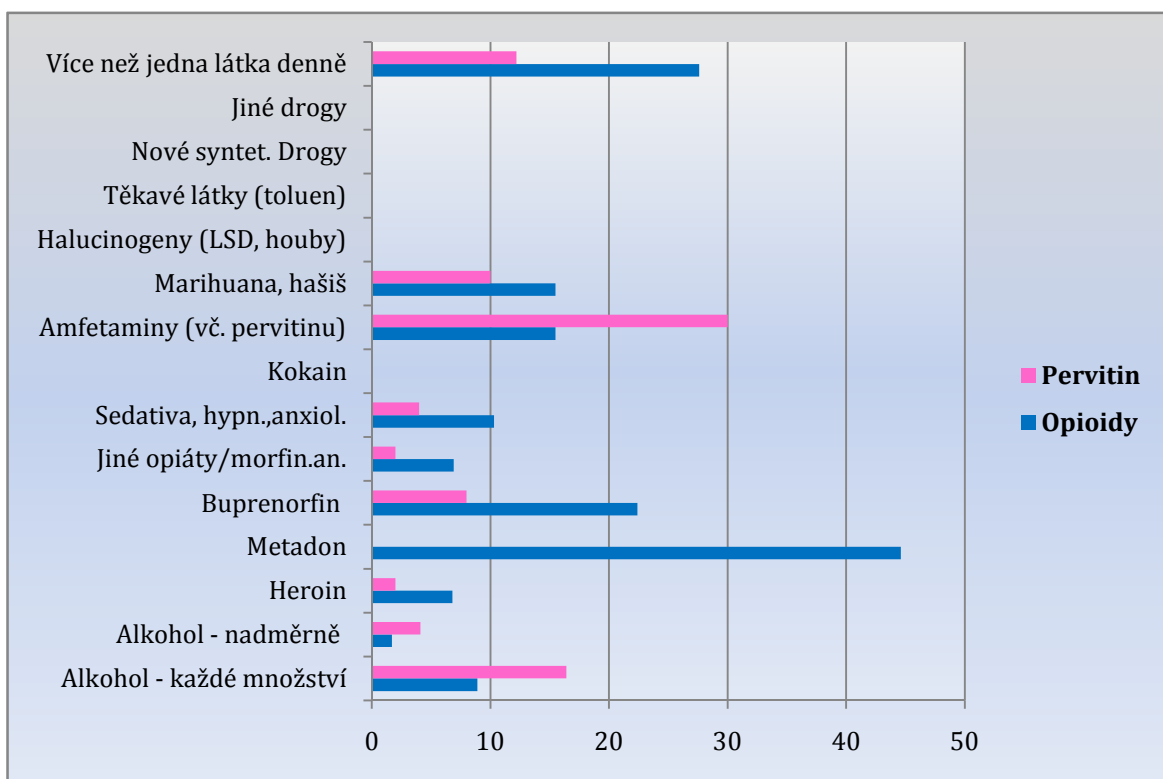
Tabulka 16: Užívání návykových látek u skupiny uživatelů opioidů a pervitinu (v %)

Návyková látka	Někdy v životě		ANO v posledních 30 dnech	
	Opioidy + kombinace	Pervitin + kombinace	Opioidy + kombinace	Pervitin + kombinace
Alkohol - každé množství	94,6	98,0	60,7	59,2
Alkohol - nadměrně (do stádia opilosti)	75,9	75,5	36,2	46,9
Heroin	98,3	53,8	34,5	58,0
Metadon	85,7	24,0	87,5	80,0
Buprenorfin (Subutex, Suboxone)	82,8	36,0	41,4	78,0
Jiné opiáty/morfinová analgetika	56,9	42,0	60,3	72,0
Sedativa, hypnotika, anxiolytika	55,2	38,0	69,0	74,0
Kokain	54,9	42,0	60,3	58,0
Amfetaminy (včetně pervitinu)	87,9	100	56,9	60,0
Marihuana, hašiš	24,1	88,0	62,1	54,0
Halucinogeny (LSD, houby)	75,9	59,2	46,6	44,9
Těkavé látky (toluen)	20,7	18,0	79,3	82,0
Nové syntetické drogy	43,1	26,0	69,0	82,0
Jiné drogy	8,6	16,3	94,8	83,7
Více než jedna látka denně	75,9	61,2	84,5	77,6

První část analýzy se zaměřuje na návykové látky, které uživatelé opioidů/pervitinu někdy v životě užili. Nejvíce uživatelů opioidů někdy v životě užilo heroin (98,3 %), alkohol (94,6 %), pervitin (87,9 %), aj. Naopak nejméně respondentů ve skupině opioidů někdy v životě užilo těkavé látky (20,7 %), marihuanu či hašiš (24,1 %). Nejvíce uživatelů pervitinu někdy v životě, vyjma pervitinu, užilo alkohol (98 %), marihuanu či hašiš (88 %) a další, naopak nejméně uživatelů pervitinu někdy v životě užilo, stejně jako u opioidů, těkavé látky (18 %), dále pak metadon (24 %) nebo nové syntetické drogy (26 %). Můžeme si všimnout, že téměř u všech konkrétních návykových látek je procentuální část respondentů, kteří s nimi mají zkušenost, menší u uživatelů pervitinu oproti uživatelům opioidů.

V následujícím grafu vidíme porovnání mezi uživateli pervitinu a opioidů v oblasti užívaných návykových látek ve 20 a více dnech před vstupem do adiktologické služby.

Graf 4: Užívané návykové látky ve 20 a více dnech před vstupem do adiktologické služby (v %)



Uživatelé pervitinu ve 20 a více dnech před vstupem do adiktologické služby užívali oproti uživatelům opioidů více amfetaminy (včetně pervitinu) a také více alkoholu, až do stádia opilosti. Naprostá převaha respondentů ze skupiny opioidů užívala metadon a buprenorfin. Současně větší část uživatelů opioidů oproti uživatelům pervitinu užívala více než jednu látku denně.

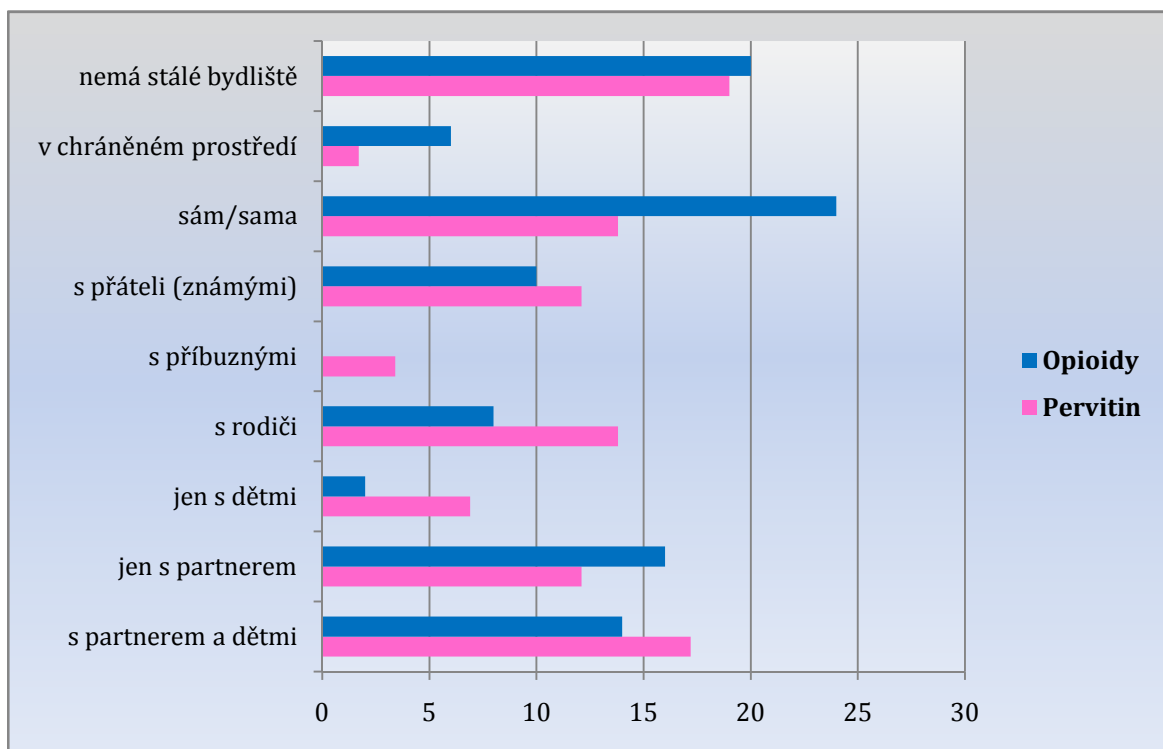
9. 2. Socioekonomická situace

V rámci socioekonomické situace se podíváme na uživatele opiooidů a pervitinu v oblasti bydlení, zaměstnání, zdrojů příjmů a jejich dluhové situace.

9. 2. 1. Bydlení

V následujícím grafu je znázorněn stav bydlení u obou skupin uživatelů v posledních 3 letech před vstupem do adiktologických služeb.

Graf 5: Bydlení uživatelů opioidů a pervitinu v posledních 3 letech před vstupem do adiktologických služeb



Celkový počet uživatelů pervitinu v rámci výzkumného souboru je 50. Z grafu vyplývá, že nejvíce uživatelů pervitinu (19 %) nemá stálé bydliště. Dále pak 17,2 % respondentů užívajících pervitin žije s partnerem a dětmi. S rodiči nebo sám/sama žije 13,8 % respondentů. Nejméně uživatelů pervitinu bydlí v chráněném prostředí (1,7 %).

Celkový počet uživatelů opioidů v rámci výzkumného souboru je 59. Z grafu vyplývá, že nejvíce uživatelů opioidů (24 %) bydlí sami. Dále pak 20 % respondentů užívajících opioidy nemá stále bydliště. 16 % respondentů žije pouze s partnerem. Nejméně uživatelů opioidů žije pouze s dětmi (2 %) a nikdo nežije s příbuznými.

Při srovnání obou skupin uživatelů návykových látek, můžeme pozorovat významný rozdíl v procentuelním obsazení počtu uživatelů žijících s rodiči. U uživatelů opioidů se jedná o 8 % z celkového počtu 59 respondentů, u uživatelů pervitinu je toto číslo vyšší, 13,8 % z celkového počtu 50 respondentů. Uživatelé opioidů žijí častěji sami (ve 24 %) oproti tomu uživatelé pervitinu tento stav uvádí v pohách 13,8 %. Uživatelé opioidů žijí také častěji v chráněném bydlení, v 6 %, uživatelé pervitinu v pouhých 1,7 %.

Co se týče bydlení, 6,9 % uživatelů opioidů uvádí, že žije s někým, kdo má problém s alkoholem. Uživatelé pervitinu toto uvádí ve 14 %. Výraznější počet, 34,5 % uživatelů opioidů, zmiňuje, že žije s blízkým, který má problém s drogami, u uživatelů pervitinu je to ve 36 %.

Diplomová práce se rovněž zaměřuje v této oblasti na srovnání bydlení mezi staršími a mladšími uživateli. Za mladší jsou považováni respondenti, jejichž věk je 35 let a méně. Uživatelé považovaní za starší zahrnují respondenty starší 35 let.

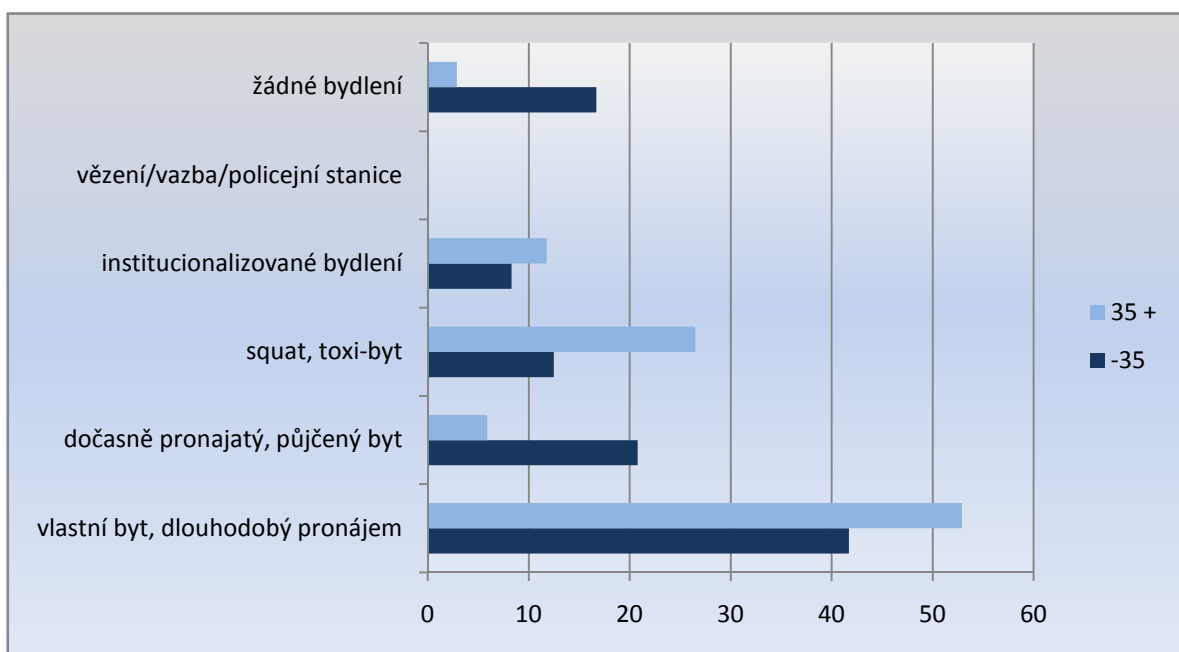
Tabulka 17: Věkové skupiny – mladší a starší uživatelé opioidů a pervitinu

Věková skupina	Opioidy	Pervitin
do 35 let	24 (40,7 %)	26 (52 %)
nad 35 let	35 (59,3%)	24 (48 %)

V Tabulce 17 vidíme věkové rozložení uživatelů opioidů a pervitinu, jejichž věk je do 35 a nad 35 let. U opioidů převažují starší uživatelé, u pervitinu je tomu přesně naopak, nicméně s menším rozdílem.

Jak bydleli uživatelé podle těchto věkových skupin v posledních 30 dnech před vstupem do adiktologických služeb, vidíme v Grafu 5 a 6.

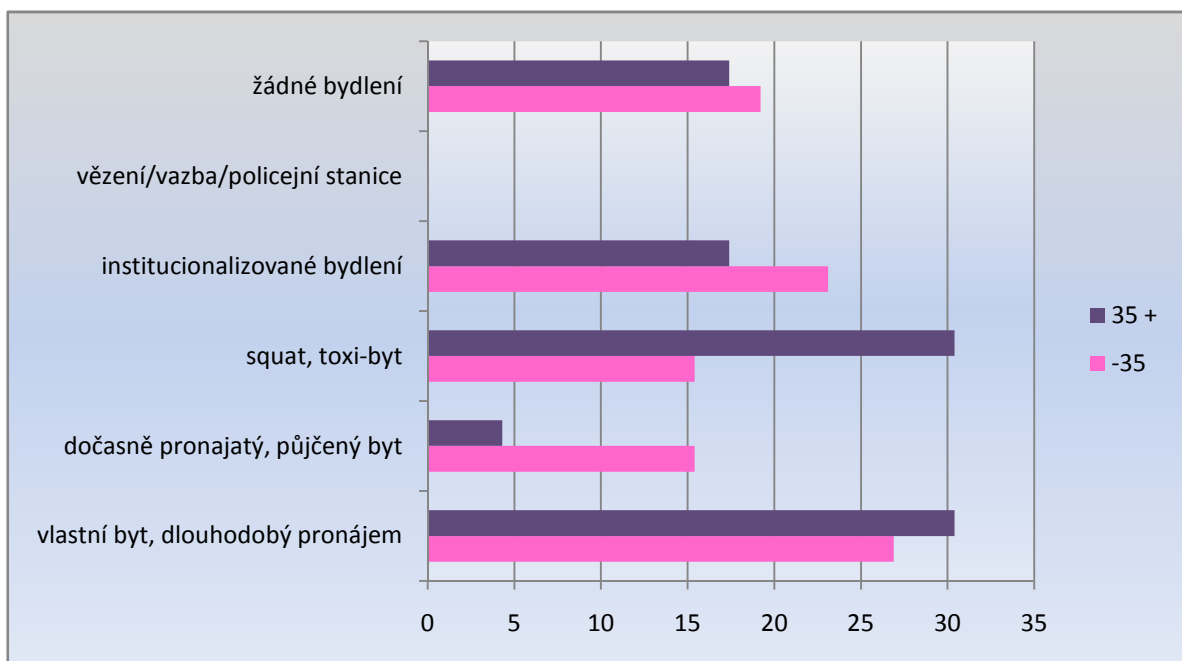
Graf 6: Bydlení – mladší a starší uživatelé opioidů (v %)



Z celkového počtu 24 respondentů, uživatelů opioidů, ve věku do 35 let, žila v posledních 30 dnech (před vstupem do adiktologických služeb) největší část (41,6 %) ve vlastním bytě nebo dlouhodobém pronájmu. Stejným způsobem žilo i nejvíce starších uživatelů opioidů (celkem 52,9 % z celkového počtu 35 respondentů nad 35 let). Žádný z mladších ani starších uživatelů opioidů nebyl v posledních 30 dnech umístěn ve vězení, vazbě či policejní stanici. Vidíme, že více mladších uživatelů opioidů se potýká s absencí bydlení. Naopak starší uživatelé opioidů žijí více

v institucionalizovaném bydlení (tzn. ubytovny, azylové domy, apod.), případně mají bydlení na squatu či v toxi-bytě.

Graf 7: Bydlení – mladší a starší uživatelé pervitinu (v %)



Z celkového počtu 26 respondentů, uživatelů pervitinu, ve věku do 35 let, žila v posledních 30 dnech (před vstupem do adiktologických služeb) největší část (26,9 %) ve vlastním bytě nebo dlouhodobém pronájmu. Stejným způsobem žilo i nejvíce starších uživatelů opiodů (celkem 30,4 % z celkového počtu 24 respondentů nad 35 let). Stejný počet (30,4 %) starších uživatelů pervitinu žilo na squatu či v toxi-bytě. Žádný z mladších ani starších uživatelů pervitinu nebyl v posledních 30 dnech umístěn ve vězení, vazbě či policejní stanici. Vidíme, že více mladších uživatelů pervitinu uvádí absenci bydlení či pobyt v instituci.

Tabulka 18: Umístění respondentů v posledních 30 dnech (v %)

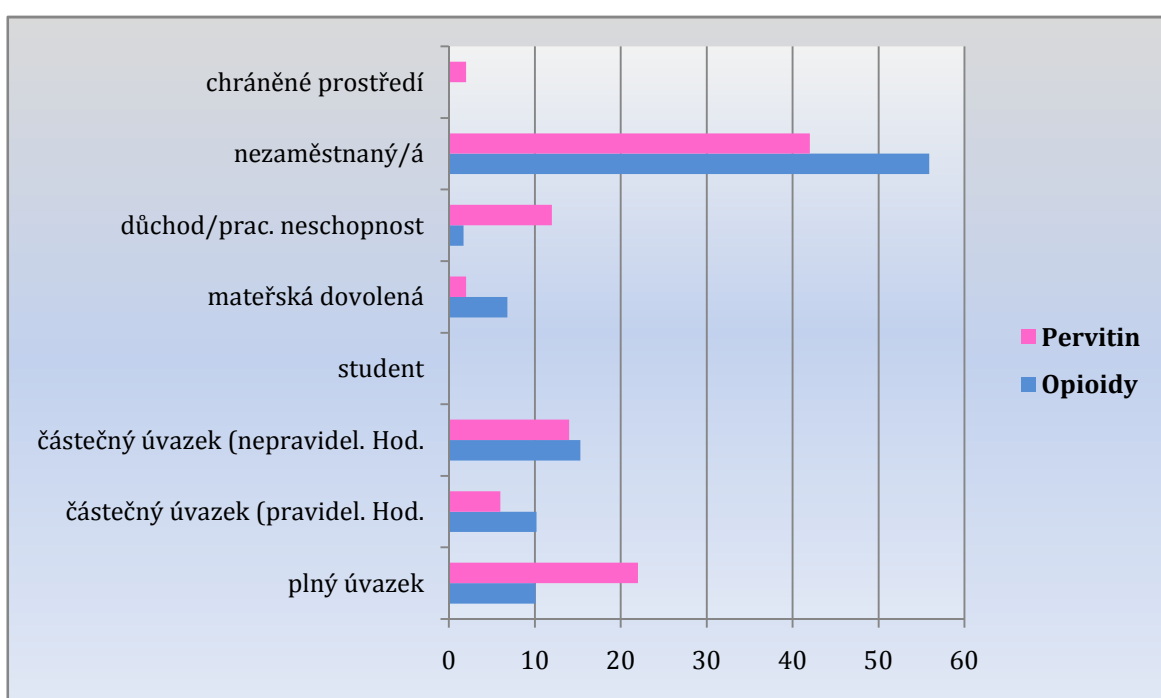
Umístění v posledních 30 dnech	Opioidy + kombinace	Pervitin + kombinace
Nikde	94,9	80,0
VTOS, vazba	3,4	4,0
Zařízení pro léčbu závislostí	0	6,0
Léčba somatických potíží	1,7	6,0
Psychiatrická léčba	0	4,0

Tabulka 18 znázorňuje, zda byli uživatelé opioidů a pervitinu 30 dní před vstupem do adiktologické služby někde umístěni. Většina uživatelů, z obou skupin, nebyla. 3,4 % ze skupiny uživatelů opioidů bylo umístěno ve VTOS či vazbě, 1,7 % v zařízení poskytující léčbu somatických potíží. Uživatelé pervitinu byli více umístěni ve VTOS či vazbě (4 %), v zařízení pro léčbu závislostí (6 %), v zařízení poskytující léčbu somatických potíží (6 %), v psychiatrické léčbě (4 %).

9. 2. 2. Zaměstnání

Následující graf prezentuje, jaké pracovní zařazení měli uživatelé opioidů a pervitinu v posledních 3 letech před vstupem do adiktologické služby.

Graf 8: Pracovní zařazení uživatelů opioidů a pervitinu (v %)



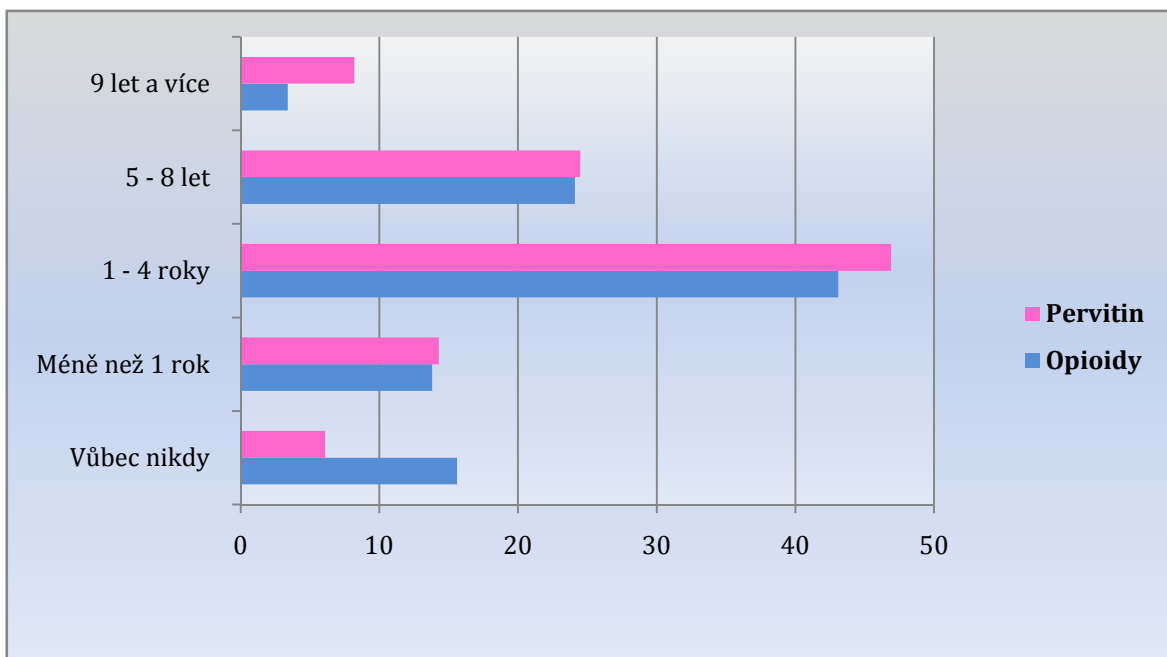
Z grafu 8 je zřejmé, že více jak polovina uživatelů opioidů, 55,9 %, je nezaměstnaná. Ostatní hodnoty jsou na podobné úrovni. 15,3 % respondentů pracovala v posledních 3 letech na částečný úvazek s nepravidelnými hodinami. Ve formě částečného úvazku s pravidelnými hodinami bylo 10,2 % uživatelů opioidů, stejný počet pracoval na plný úvazek. 6,8 % respondentů bylo na mateřské dovolené, 1,7 % v důchodu či pracovní neschopnosti. Nikdo nestudoval. Žádný respondent nepracoval v chráněném prostředí.

42 % uživatelů pervitinu je nezaměstnaných. Na druhém místě mezi uživateli pervitinu jsou respondenti, kteří pracovali v posledních 3 letech na plný úvazek, jedná se o 22 %. Podobně jako tomu bylo u uživatelů opioidů v oblasti pracovního zařazení na částečný úvazek s nepravidelnými hodinami, je tomu i u uživatelů pervitinu, ty uvádí tuto formu pracovního zařazení ve 14 %. 12 % uživatelů bylo v důchodu či pracovní neschopnosti. Stejně jako u uživatelů opioidů i v této skupině nikdo

nestudoval. Oproti uživatelům opioidů, ve skupině uživatelů pervitinu, jsou 2 % respondentů, kteří pracovali v chráněném prostředí. Méně respondentů ze skupiny uživatelů pervitinu, bylo na mateřské dovolené.

Nyní se podíváme na to, jak dlouho trval nejdelší pracovní poměr na plný úvazek u obou skupin uživatelů návykových látek. Tuto oblast mapuje graf 9.

Graf 9: Nejdelší pracovní poměr na plný úvazek u uživatelů opioidů a pervitinu (v %)



Nejvíce uživatelů opioidů i pervitinu mělo nejdelší pracovní poměr na plný úvazek v rozmezí jednoho až čtyř let. Nikdy nepracovalo více uživatelů opioidů a naopak nejdelší pracovní poměr v rozmezí 9 a více let měli spíše uživatelé pervitinu. V případě délky zaměstnání na plný úvazek v rozmezí méně než 1 rok a 5 – 8 let jsou skupiny procentuálně velice vyrovnané.

9. 2. 3. Zdroje příjmů

Respondenti byli dotazováni na oblast jejich hlavních příjmů a na konkrétní částky, které z různých zdrojů mají. Tato oblast je rozdělena podle hlavních zdrojů finančních příjmů a mapuje, jak jsou na tom obě skupiny uživatelů NL.

Zaměstnání

Tabulka 19: Výše výdělku ze zaměstnání (v %)

ČÁSTKA	OPIOIDY	PERVITIN
nechce odpovídat	5,1	6,1
vůbec nic	69,5	52,1
méně než 5 000 Kč	13,6	14,6
5 001 - 10 000 Kč	0	12,5
10 001 - 15 000 Kč	6,8	10,5
15 001 - 20 000 Kč	3,4	0
více jak 20 000 Kč	1,7	4,2

První část mapuje příjmy ze zaměstnání. Téměř 70 % uživatelů opioidů uvádí, že ze zaměstnání nemá žádné příjmy. Podobně je tomu tak u uživatelů pervitinu (v 52,5 %). Oproti 0 % uživatelů opioidů, uvádí uživatelé pervitinu příjem v rozmezí 5 001 až 10 000 (12,5 %). Naopak s výší příjmu ze zaměstnání od 15 001 do 20 000 Kč není ve skupině uživatelů pervitinu nikdo, u uživatelů opioidů uvádí tuto výši 3,4 % respondentů.

Podpora v nezaměstnanosti

Tabulka 20: Výše příjmu z podpory v nezaměstnanosti (v %)

ČÁSTKA	OPIOIDY	PERVITIN
nechce odpovídat	5,1	6,1
vůbec nic	89,8	87,8
méně než 5 000 Kč	3,4	6,1
5 001 - 10 000 Kč	1,7	0
10 001 - 15 000 Kč	0	0
15 001 - 20 000 Kč	0	0
více jak 20 000 Kč	0	0

V oblasti příjmu z podpory v nezaměstnanosti jsou skupiny poměrně vyrovnané. Naprostá většina respondentů, z obou skupin, nemá příjem z podpory v nezaměstnanosti.

Dávky státní sociální podpory, dávky v hmotné nouzi a další sociální dávky (příspěvek na péči o osobu blízkou, příspěvek pro zdravotně postižené)

Tabulka 21: Výše příjmu ze sociálních dávek (v %)

ČÁSTKA	OPIOIDY	PERVITIN
nechce odpovídat	5,1	6,1
vůbec nic	39	87,8
méně než 5 000 Kč	33,9	6,1
5 001 - 10 000 Kč	16,9	0
10 001 - 15 000 Kč	1,7	0
15 001 - 20 000 Kč	3,4	0
více jak 20 000 Kč	0	0

V oblasti příjmu ze sociálních dávek jsou výše zmiňované skupiny uživatelů návykových látek výrazně nevyrovnané. Více jak polovina uživatelů opioidů má příjmy ze sociálních dávek. 87,8 % uživatelů pervitinu naopak nemá příjmy z této oblasti. Pokud se podíváme na respondenty ze skupiny opioidů, 33,9 % pobírá méně než 5 000 Kč. 16,9 % pak pobírá sociální dávky ve výši od 5 001 do 10 000, 1,7 % od 10 001 do 15 000 Kč a 3,4 % od 15 001 do 20 000. U uživatelů pervitinu vidíme, že sociální dávky do výše 5 000 Kč maximálně pobírá 6,1 % respondentů.

Dávky ze systému sociálního zabezpečení

Tato oblast se zaměřuje na příjmy z nemocenské v době pracovní neschopnosti, peněžité pomoci v mateřství, důchodů (starobního, invalidního, vdoveckého, vdovského, sirotčího).

Tabulka 22: Výše příjmu z dávek ze systému sociálního zabezpečení (v %)

ČÁSTKA	OPIOIDY	PERVITIN
nechce odpovídat	5,1	6,3
vůbec nic	91,5	70,8
méně než 5 000 Kč	1,7	10,4
5 001 - 10 000 Kč	0	10,4
10 001 - 15 000 Kč	1,7	2,1
15 001 - 20 000 Kč	0	0
více jak 20 000 Kč	0	0

Největší část uživatelů opioidů nemá příjmy z těchto zdrojů (91,5 %). Pokud příjmy z těchto zdrojů mají, je tomu tak u 1,7 % respondentů ve výši do 5 000 Kč a u 1,7 % ve výši od 10 001 do 15 000 Kč. 22,9 % uživatelů pervitinu má příjmy z dávek ze

systemu sociálního zabezpečení. V 10,4 % je to ve výši do 5 000 Kč, stejné množství respondentů pobírá tyto dávky ve výši od 5 001 do 10 000, nejméně pak (2,1 %) ve výši od 10 001 do 15 000 Kč.

Příjmy od partnera/ky, rodiny či přátel

Tabulka 23: Výše příjmu od partnera/ky, rodiny či přátel (v %)

ČÁSTKA	OPIOIDY	PERVITIN
nechce odpovídat	5,3	6,4
vůbec nic	54,4	57,4
méně než 5 000 Kč	29,8	27,7
5 001 - 10 000 Kč	7,0	8,5
10 001 - 15 000 Kč	1,8	0
15 001 - 20 000 Kč	1,8	0
více jak 20 000 Kč	0	0

Co se týká příjmu od partnera/ky, rodiny či přátel, jsou skupiny opět poměrně vyrovnané. Téměř polovina z obou skupin uživatelů, má příjmy od jejich blízkých. U uživatelů opioidů je to cca 40 %, u skupiny uživatelů pervitinu je to 36,2 %. 1,8 % uživatelů opioidů má z těchto zdrojů příjmy ve výši od 10 001 do 15 000 Kč a také od 15 001 do 20 000 Kč.

Příjmy z ilegálních zdrojů

Tabulka 24: Výše příjmu z ilegálních zdrojů (v %)

ČÁSTKA	OPIOIDY	PERVITIN
nechce odpovídat	8,6	10,2
vůbec nic	69,0	67,3
méně než 5 000 Kč	13,8	12,2
5 001 - 10 000 Kč	1,7	4,1
10 001 - 15 000 Kč	3,4	4,1
15 001 - 20 000 Kč	3,4	2,0
více jak 20 000 Kč	0	0

V oblasti příjmu z ilegálních zdrojů jsou skupiny opět velmi vyrovnané. 22,4 % z celkového počtu 59 uživatelů opioidů má příjmy z ilegálních zdrojů. U uživatelů pervitinu je tomu u 22,5 % z celkového počtu 50.

9. 2. 4. Dluhy

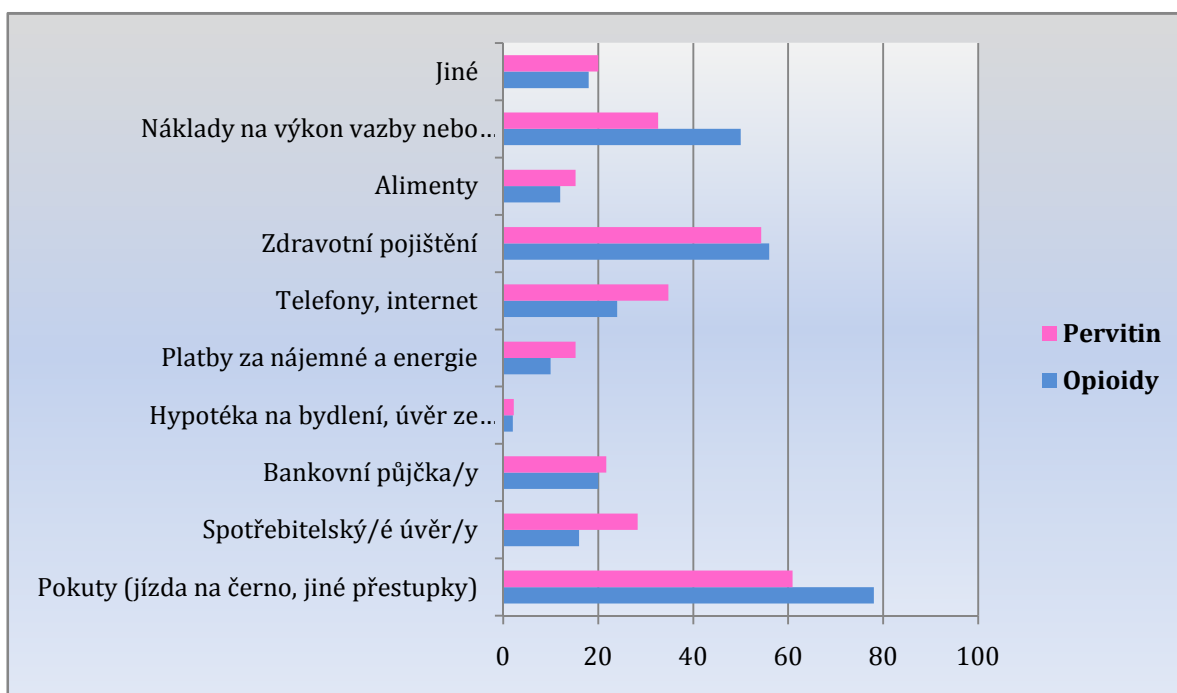
V oblasti dluhové situace byli respondenti dotazováni na to, zda dluhy mají či nikoliv a pokud ano, tak jaké jsou příčiny jejich zadlužení.

Z celkového počtu 59 uživatelů ze skupiny opioidů 7 respondentů uvedlo, že dluhy nemá, 24 dluhy má, ale nezná částku dluhu, 28 dluhy má a částku dluhu zná.

Z celkového počtu 50 uživatelů ze skupiny pervitinu uvedli 4 respondenti, že dluhy nemá, 19 dluhy má, ale nezná částku, kolik dluží, 27 dluhy má a částku, kterou dluží, zná.

Nyní se podíváme, jaké jsou příčiny zadlužení u obou skupin uživatelů NL. Graf 10 zahrnuje respondenty, kteří uvedli, že dluhy mají (bez ohledu na to, zda znají dlužnou částku či nikoliv). Celkem se jedná o 96 uživatelů – 52 uživatelů opioidů a 46 uživatelů pervitinu.

Graf 10: Příčiny zadlužení uživatelů opioidů a pervitinu (v %)



Z celkového počtu 52 uživatelů opioidů, kteří mají dluhy, uvedlo 78 %, že dluží za pokuty (jízdy na černo příp. za jiné přestupky). 56 % respondentů má dluh na zdravotním pojištění a polovina dluží za náklady na výkon vazby nebo trestu či za náklady trestního řízení. Ze 46 uživatelů pervitinu, kteří mají dluhy, uvedlo 60,9 % dluhy za pokuty, často dluží uživatelé pervitinu dále na zdravotním pojištění, za telefony a internet a za náklady na výkon vazby nebo trestu či za náklady trestního řízení.

9. 3. Problémy se zákonem u uživatelů opioidů a pervitinu

V rámci trestně právní problematiky byli respondenti dotazováni, zda byli obžalováni z konkrétních trestných činů, případně následně odsouzeni, zda byli ve vazbě či VTOS a pokud ano, jak dlouho. Další část dotazů se zaměřovala na to, zda byli respondenti někdy zadrženi pro výtržnictví, řízení pod vlivem NL či jiné vážné dopravní přestupky, případně kolikrát. Také odpovídali na dotaz, zda se v posledních 30 dnech před vstupem do adiktologické služby, zabývali nelegální činností pro zisk.

Ze skupiny uživatelů opioidů, bylo obžalováno z nějakého trestného činu 52 respondentů z celkového počtu 59. U uživatelů pervitinu bylo obžalováno 37 osob z 50.

Tabulka 25: Opioidy - počet obžalob z jednotlivých trestných činů (v %)

Trestný čin	Ne, nikdy	1x	2 - 3x	4 - 10x	10x a více
Drobné krádeže, vandalství	24,1	13,8	20,7	25,9	15,5
Porušení „podmínky“ / probačního dohledu	72,4	19,0	5,2	3,4	0
Drogová trestná činnost	70,7	17,2	8,6	1,7	1,7
Padělání peněz, padělání receptů a listin, podvod	89,7	6,9	1,7	1,7	0
Trestná činnost za použití zbraně, neoprávněné držení zbraně	91,4	5,2	3,4	0	0
Krádež ve větším rozsahu, vloupání	74,1	12,1	5,2	8,6	0
Loupež	87,9	8,6	3,4	0	0
Úmyslné blížení na zdraví, rvačka (násilná trestná činnost)	84,5	10,3	3,4	1,7	0
Žhářství	100	0	0	0	0
Znásilnění	100	0	0	0	0
Vražda, zabití	100	0	0	0	0
Trestné činy související s prostitucí	98,3	1,7	0	0	0
Maření úředního rozhodnutí	72,4	19	3,4	5,2	0
Jiný trestný čin	86,2	8,6	3,4	1,7	0

Uživatelé opioidů nebyli nikdy obžalováni ze zhářství, znásilnění a vraždy či zabití. Jedenkrát byli nejčastěji obžalováni z porušení „podmínky“ či probačního dohledu a z maření úředního rozhodnutí (19 %), dále také z drogové trestné činnosti (17,2 %). V rozsahu 2 – 3 obžalob vidíme nejvyšší procentuální podíl respondentů ve 20,7 % z drobných krádeží, vandalství. Za stejný trestný čin byli obžalováni i v rozsahu obžaloby 10 x a více (celkem v 15,5 %). 1,7 % respondentů, uživatelů opioidů, bylo 10 x a více obžalováno z drogové trestné činnosti.

Tabulka 26: Pervitin – počet obžalob z jednotlivých trestných činů (v %)

Trestný čin	Ne, nikdy	1x	2 – 3x	4 – 10x	10x a více
Drobné krádeže, vandalství	48	10	18	18	6
Porušení „podmínky“ / probačního dohledu	78	16	6	0	0
Drogová trestná činnost	78	12	8	2	0
Padělání peněz, padělání receptů a listin, podvod	92	4	4	0	0
Trestná činnost za použití zbraně, neoprávněné držení zbraně	88	8	2	2	0
Krádež ve větším rozsahu, vloupání	78	14	6	2	0
Loupež	88	12	0	0	0
Úmyslné blížení na zdraví, rvačka (násilná trestná činnost)	72	18	6	2	2
Zhárství	98	2	0	0	0
Znásilnění	100	0	0	0	0
Vražda, zabití	98	2	0	0	0
Trestné činy související s prostitucí	96	4	0	0	0
Maření úředního rozhodnutí	80	12	4	2	2
Jiný trestný čin	74	24	0	2	0

Uživatelé pervitinu nebyli nikdy obžalováni ze znásilnění. Jedenkrát byli obžalováni nejčastěji v 18 % z úmyslného ublížení na zdraví, dále pak porušení „podmínky“ / probačního dohledu (16 %). 2 – 3 x obžalováni byli respondenti v této skupině nejčastěji z drobných krádeží či vandalství (18 %). Stejně tak je tomu i v rozmezí 4 – 10 obžalob. 10 či více obžalob mělo nejvíce respondentů (6 %) opět z drobných krádeží a vandalství.

Nyní se podívejme, kolikrát byli respondenti z obou skupin zadrženi pro výtržnictví, řízení pod vlivem návykových látek či za jiný vážný dopravní přestupek. Tyto data prezentuje Tabulka 20.

Tabulka 27: Zadržení pro výtržnictví, řízení pod vlivem návykové látky či za jiný vážný dopravní přestupek (v %)

Jak často	ANO		1x		2 – 3x		4 – 10 x		10 x a vícekrát	
Skupina NL	O	P	O	P	O	P	O	P	O	P
Výtržnictví	19,0	32,0	10,3	16,0	5,2	6,0	3,4	8,0	0	2,0
Řízení pod vlivem NL	23,4	28,0	15,5	22,0	5,2	4,0	0	2,0	1,7	0
Jiný vážný dopravní přestupek	14,0	12,0	5,3	6,0	5,3	4,0	1,8	0,0	1,8	2,0

Pro výtržnictví byli více zadrženi v minulosti uživatelé pervitinu, nejčastěji 1x (v 16 %). Pro řízení pod vlivem NL byli více zadrženi opět uživatelé pervitinu, nejčastěji 1x (22 %). Za jiný vážný dopravní přestupek (míněno jako zadržení pro překročení povolené rychlosti, pro nebezpečnou jízdu, pro jízdu bez řidičského oprávnění) bylo zadrženo již méně uživatelů v obou skupinách, 1x u 5,3 % uživatelů opioidů, 1x u 6 % uživatelů pervitinu. U sloupců, které znázorňují zadržení 2x a vícekrát jsou již menší procentuální hodnoty.

Nyní se podívejme, jaký byl počet obžalob vedoucí k odsouzení u obou skupin uživatelů návykových látek (za trestné činy z Tabulky 25 a 26).

Tabulka 28: Počet obžalob vedoucí k odsouzení

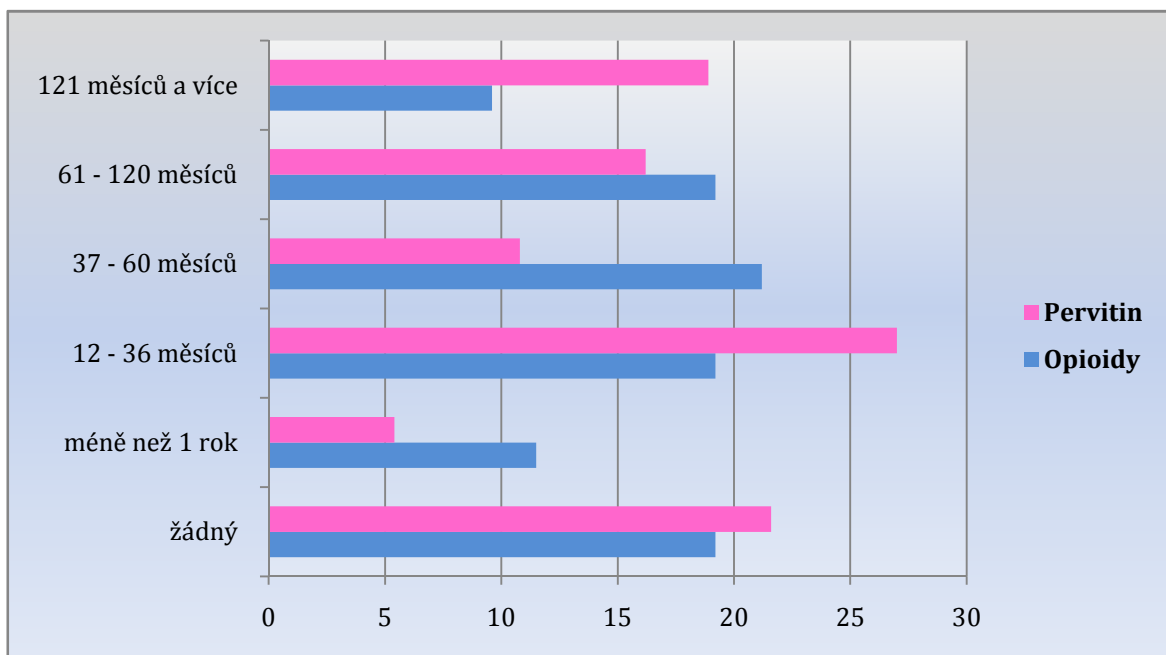
Počet obžalob vedoucí k odsouzení	OPIOIDY	PERVITIN
Někdy v životě byl/a obžalován/a	89,7	74,0
Žádná	3,4	0
Jedna	19,0	16,0
2 – 3 obžaloby	15,5	28,0
4 – 10 obžalob	39,7	26,0
10 a více obžalob	12,1	4,0

87,9 % uživatelů opioidů bylo někdy v životě z něčeho obžalováno. Uživatelé pervitinu byli někdy obžalováni v 74 %. U uživatelů opioidů, kteří byli někdy obžalováni, vedlo k odsouzení v největší míře 4 – 10 obžalob, téměř ve 40 % respondentů. U uživatelů pervitinu vedli k odsouzení nejčastěji 2 – 3 obžaloby a dále

4 – 10 obžalob. Počet 10 a více obžalob vedoucích k odsouzení mají více uživatelé opioidů a to v 12,1 %.

Kolik měsíců strávili uživatelé obou skupin NL ve vazbě a VTOS, pokud zahrneme pouze ty, kteří byli někdy z něčeho obžalováni, vidíme v následujícím grafu. U skupiny uživatelů opioidů se jedná celkem o 52 uživatelů, ve skupině uživatelů pervitinu je to 37 respondentů.

Graf 11: Doba strávená ve vazbě a VTOS (v %)



Největší část uživatelů pervitinu strávila ve vazbě či VTOS dobu v rozmezí od 12 do 36 měsíců, jedná se o 27 % z celkového počtu obžalovaných uživatelů pervitinu. Ve skupině opioidů uživatelé strávili nejčastěji ve vazbě či VTOS dobu v rozmezí 37 – 60 měsíců, ve 21,2 %.

Tabulka 29: Nelegální činnost pro zisk (v %)

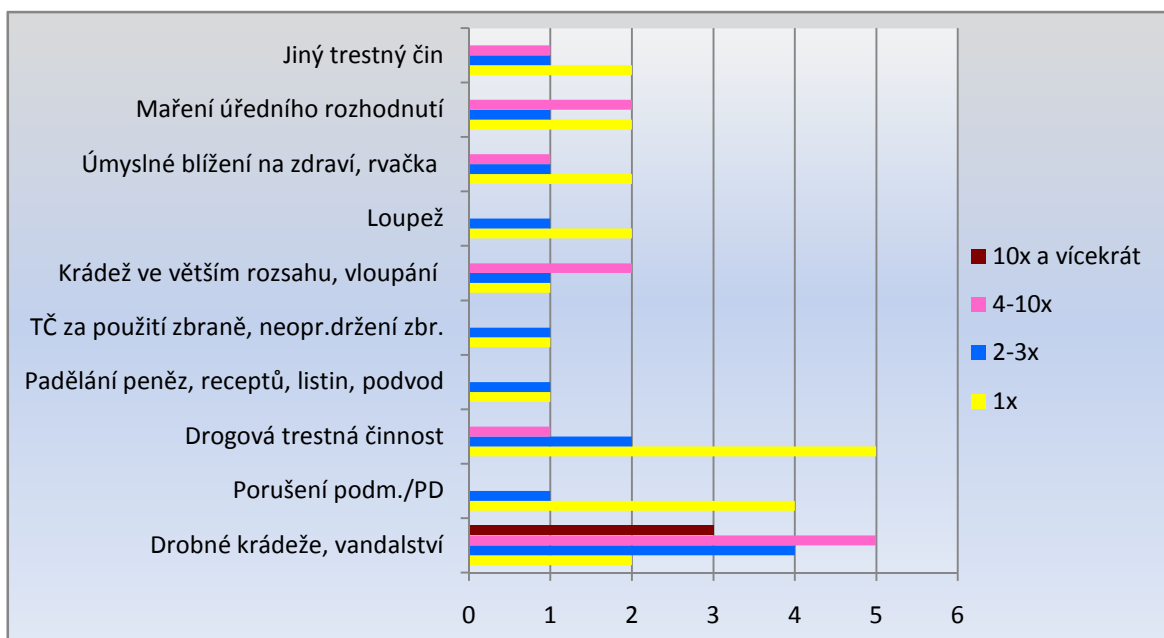
Nelegální činnost pro zisk	OPIOIDY	PERVITIN
Žádný	68,4	78,3
1 -2 dny	5,3	4,3
3 -5 dní	3,5	4,3
6 - 9 dní	1,8	0
10 - 19 dní	3,5	2,2
20 - 29 dní	3,5	2,2
30dní a více	14	8,7

Nelegální činností pro zisk se více zabývali uživatelé opioidů, ve 14 % ve 30 dnech a více. Největší část uživatelů pervitinu (8,7 %) se rovněž zabývala nelegální činností pro zisk ve 30 a více dnech.

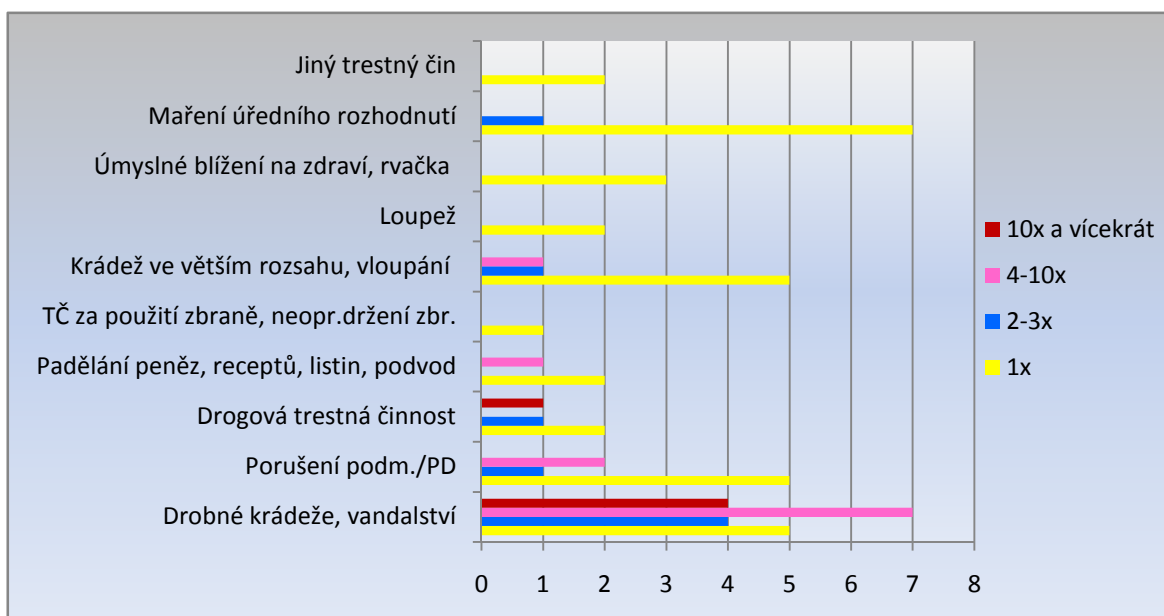
Problémy se zákonem u uživatelů opioidů: mladší a starší uživatelé

V rámci této části se autorka v oblasti počtu obžalob zaměřuje také na porovnání mladších a starších uživatelů obou skupin NL.

Graf 12: Opioidy – mladší uživatelé



Graf 13: Opioidy - starší uživatelé

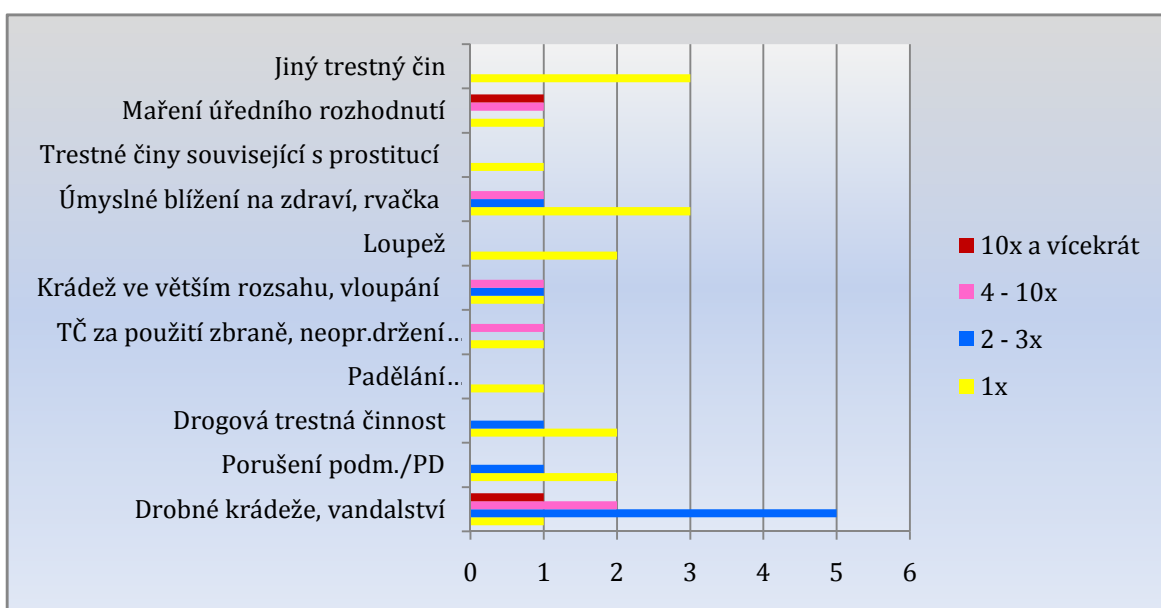


Co se týká mladších uživatelů opioidů, ti byli nejvíce obžalováni v rozsahu 1 obžaloby za drogovou trestnou činnost a ve stejném počtu (5 respondentů) byli obžalováni v rozsahu 4 – 10 obžalob za trestný čin krádeže a vandalství. Oproti tomu starší

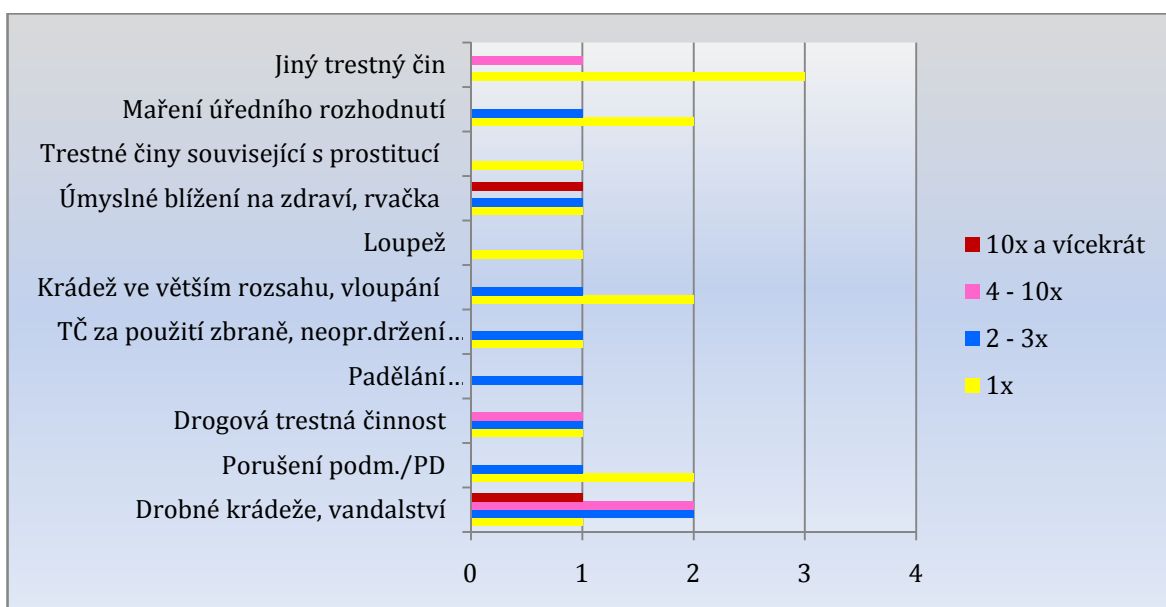
uživatelé opioidů byli nejčastěji obžalováni za maření úředního rozhodnutí v rozsahu 1 obžaloby (celkem 7 respondentů). Druhou nevyšší hodnotu vidíme u starších uživatelů opioidů u trestného činu drobné krádeže a vandalství v rozsahu 4 – 10 obžalob. Pokud porovnáme výskyt 10 a více obžalob, u mladších uživatelů opioidů jej vidíme pouze u trestného činu drobné krádeže a vandalství (u celkem 3 respondentů), u starších uživatelů opioidů vidíme tento vysoký počet obžalob u dvou trestných činů – drogové trestné činnosti (1 respondent) a drobných krádeží a vandalství (4 respondenti).

Problémy se zákonem u uživatelů pervitinu: mladší a starší uživatelé

Graf 14: Pervitin: mladší uživatelé



Graf 15: Pervitin – starší uživatelé



Co se týká mladších uživatelů pervitinu, ti byli nejvíce obžalováni v rozsahu 2 až 3 obžalob za trestný čin drobné krádeže a vandalství (5 respondentů). Dále bylo nejvíce mladších uživatelů pervitinu obžalováno v rozsahu 1 obžaloby za úmyslné ublížení na zdraví, rvačka (3 respondenti) a ve stejném počtu za jiný trestný čin. Starší uživatelé pervitinu byli nejvíce obžalováni v rozsahu 1 obžaloby za „jiný trestný čin“, který není blíže specifikován a dále za maření úředního rozhodnutí, krádež ve větším rozsahu, vloupání a porušení podmínky či probačního dohledu.

Pokud porovnáme výskyt 10 a více obžalob, u mladších uživatelů pervitinu jej vidíme u dvou trestného činu, drobné krádeže a vandalství (u 1 respondenta) a maření úředního rozhodnutí (také u 1 respondenta). U starších uživatelů pervitinu vidíme tento vysoký počet obžalob rovněž u dvou trestných činů – drobné krádeže, vandalství (1 respondent) a úmyslné ublížení na zdraví, rvačka (1 respondent).

9. 4. Zdravotní obtíže

21 uživatelů opioidů uvedlo, že má trvalé zdravotní obtíže, 16 uživatelů pravidelně užívá léky v souvislosti s vleklými zdravotními problémy. Dva respondenti pak uvádí, že pobírají invalidní důchod v souvislosti se somatickým onemocněním.

Oproti uživatelům opioidů uvádí více (30) uživatelů pervitinu, že se potýká s trvalými zdravotními problémy. Stejně jako u skupiny uživatelů opioidů, 16 uživatelů pervitinu uvádí, že užívá pravidelně léky. Invalidní důchod v souvislosti se špatným zdravotním stavem pobírá 5 respondentů.

Pokud se podíváme na výskyt tělesných obtíží v posledních 30 dnech před vstupem do adiktologické služby, mezi uživateli opioidů a pervitinu nejsou výrazné rozdíly, pouze v rozsahu 10 – 19 dní uvádí více zdravotních obtíží uživatelé opioidů, v rozsahu 30 a více dní uvádí zdravotní problémy naopak více uživatelé pervitinu (viz. Tabulka 23).

Tabulka 30: Výskyt zdravotních obtíží v posledních 30 dnech před vstupem do adiktologické služby

Tělesné obtíže v posledních 30 dnech	OPIOIDY (n = 59)	PERVITIN (n = 50)
Nikdy	33	21
1-2 dny	3	4
3 – 5 dní	1	2
6 – 9 dní	5	4
10 – 19 dní	6	2
20 – 29 dní	1	1
30 a více dní	10	16

10 Diskuze

10. 1. Obecné a metodologické poznámky

Základním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaký je socioekonomický status a problémy se zákonem u problémových uživatelů opioidů a pervitinu, kteří poprvé vstupují do adiktologických služeb. Případně, jak se v těchto oblastech respondenti obou skupin liší. Vzhledem k tomu, že výsledky diplomové práce vycházejí ze studie, která nadále trvá, můžeme říci, že se jedná o data aktuální. Dalším cílem bylo pak diskutovat případná doporučení směrem ke službám, které s touto cílovou skupinou pracují.

Výběr respondentů byl exhaustivní, do výzkumu byli zapojeni všichni respondenti, kteří v období sběru dat zahájili léčebnou epizodu nebo první kontakt v adiktologickém zařízení a souhlasili s účastí ve výzkumu. Nejedná se tedy o náhodný výběr uživatelů jednotlivých primárních drog (opioidy a pervitin), ale jejich výběr byl dán zejména záměrným výběrem programů (kontaktní centrum, ambulantní program, střednědobá ústavní léčba, pobytová léčba v terapeutické komunitě a specializované centrum poskytující substituční léčbu). To ovlivňuje také výskyt faktorů, které mohou mít vliv na výsledky výzkumu – uživatelé v léčbě včetně substituční mohou být více stabilizovaní než uživatelé rekrutovaní v kontaktních centrech. Můžeme říci, že sběr dat byl ovlivněn příchodem nových klientů do adiktologických služeb a nebylo možné je aktivně vybírat podle primární drogy.

Prvotním záměrem výzkumu bylo zařazení minimálně 100 respondentů. Výzkumu se nakonec zúčastnilo 109 problémových uživatelů návykových látek, 59 uživatelů opioidů a 50 uživatelů pervitinu, kteří splňovali kritéria pro vstup do studie a souhlasili s účastí ve výzkumu v zařízení, které poskytlo souhlas s realizací studie.

Klienti v rámci dotazování hovořili s tazateli (mimo jiné) o užívaných NL v minulosti a současnosti. V případě klienta v substituční léčbě se u klientů objevovala obava z úniku informací směrem k personálu centra substituční léčby, zejména pak např. v případě, že klient i přes to, že je v substituci, užívá další NL, což je v rozporu s pravidly substituční léčby daného zařízení. Proto bylo velice důležité informovat klienty před realizací dotazování i v jeho průběhu o povinnosti mlčenlivosti tazatele, zabezpečení dat/informací, které klient poskytuje, anonymní interpretaci dat, účelu výzkumu, apod.

Základní dotazování probíhalo s respondenty do 14 dnů od zahájení kontaktu klienta s odbornou adiktologickou službou. Rizikem nakontaktování klienta do 14 dnů např. v případě střednědobé ústavní léčby či substituční léčby může být klientova nejistota ovlivněná novým prostředím, zvykáním si na nová pravidla, pocitem nedůvěry k externímu tazateli. I zde je proto důležité zmínit, že respondenti byli informováni o způsobu nakládání s informacemi, které sdělovali. Jako důležité proto autorka vnímá navození důvěry a bezpečného prostředí. S bezpečným prostředím také souvisí to, že autorka realizovala rozhovory s klienty v prostředí, kde bylo

zajištěno naprosté soukromí a klid a bylo možné se klientovi v domluveném čase maximálně věnovat. Autorka realizovala rozhovory v prostorách konzultační místnosti Nízkoprahového střediska Drop In, o. p. s. a v CMS Drop In, o. p. s., čili v prostorách, které klienti již znají a nebylo nutné, aby se za účelem realizace dotazování přesouvali na jiná místa. Tím byla zajištěna větší možnost klienta nakontaktovat a zajistit realizaci dotazování v době jeho příchodu do zařízení.

V rámci metody sběru dat byl u respondentů využit dotazník složený z jednotlivých položek týkajících se socioekonomického statusu, zdravotního stavu, oblasti problémů se zákonem a dalších. Převážně se jednalo o výběr možností z předem připraveného výčtu odpovědí. V případě, že si klient nevybral ani jednu předem připravenou položku v možných odpovědích, měl možnost ji zodpovědět svými slovy a v dotazníku byl proto vyhrazený prostor pro jakékoliv důležité slovní komentáře klienta. Vzhledem k délce dotazování a náročnosti některých otázek se tento způsob jeví autorce jako vhodný. Také by mohlo být zajímavé zaměřit se hlouběji na témata socioekonomického statusu a problémů se zákonem, včetně jejich subjektivního vnímání klientem, pomocí metody polostrukturovaného interview.

Záběr výzkumu by mohl širší a komplexnější zařazením tématu rodinných a sociálních vztahů. Problémoví uživatelé návykových látek se často setkávají s problémy v oblasti zdravotní, sociální, problémů se zákonem, ale také balancují ve velmi křehké a nelehké problematice rodinných a sociálních vztahů, která v rámci této diplomové práce mapována nebyla. Autorka se domnívá, že právě i tato oblast je součástí tvorby socioekonomického statusu klientů stejně jako u ostatních členů populace.

10. 2. Výstupy výzkumu

Výzkumu se zúčastnilo 59 uživatelů opioidů a 50 uživatelů pervitinu. Respondenti ze skupiny uživatelů opioidů byli nejčastěji ze zařízení poskytující substituční léčbu, oproti tomu většina uživatelů pervitinu byla oslovena a nabrána do výzkumného souboru v kontaktních centrech. Tím pádem je diskutabilní možné ovlivnění výskytu faktorů, které mohou mít vliv na výsledky výzkumu, vzhledem k tomu, že uživatelé opioidů mohou být více stabilizovaní v rámci substituční léčby oproti uživatelům pervitinu rekrutovaných v kontaktních centrech. Je důležité zmínit, že základní dotazování proběhlo do 14 dnů od nástupu klienta do adiktologické služby, můžeme tedy předpokládat, že vliv léčebného prostředí (zejména střednědobé ústavní léčby, substituční léčby či terapeutické komunity) není v tak krátké době příliš znatelný. Také není možné výsledky generalizovat na uživatele návykových látek podle primární drogy, vzhledem k tomu, že na aktuální socioekonomickou situaci má vliv nejen užívání návykových látek, ale ve značné míře také zdravotní stav, psychický stav, rodinné a sociální vztahy, významné události v životě a další.

Z hlediska pohlaví respondentů, v obou skupinách uživatelů převažovali muži a ženy tvořily jednu třetinu výzkumného souboru. Jedná se o trend, který je

v posledních letech v adiktologických službách viditelný, stále zde panuje převaha mužské klienteli nad ženskou, nicméně tento trend postupně nabírá jiných rozměrů a objevuje se více žen s potřebou řešit situaci v oblasti problémů s užíváním návykových látek. Autorka se domnívá, že tento jev se objevuje viditelněji v zařízeních poskytujících ústavní léčbu, oproti tomu zařízení typu kontaktní centrum vykazují nadále více klientů mužů.

Ukázalo se, že klienti, kteří užívají pervitin a vstupují prvně do adiktologických služeb, jsou oproti uživatelům opioidů mladší, nejčastěji je jejich věk v rozmezí 30 – 34. Ve vyjimečných případech bylo respondentům méně než 24 let. Věk uživatelů opioidů vstupujících do adiktologických služeb je nejčastěji v rozmezí 35 – 39 let, není ale výjimkou, že se do kontaktu s adiktologickými službami dostávají ve věku nad 45 let. Vyšší věk uživatelů opioidů může být ovlivněn zejména tím, že velká část z výzkumného souboru byli respondenti vstupující do substituční léčby, což je v zásadě jedna z mála možností po mnohých neúspěšných pokusech absolvování abstinенčně orientované léčby, a proto se ve vyšším věku uchylují ke vstupu do substituce. Kontaktní centra, kde byla nabrána do studie většina uživatelů pervitinu, bývá na druhou stranu místem prvního kontaktu s adiktologickou službou, s čímž může souviset mladší věk uživatelů pervitinu.

V oblasti vzdělání byly skupiny respondentů podle primární drogy velice vyrovnané. U obou skupin měli respondenti v téměř 50 % základní vzdělání. Poměrně velká část z obou skupin respondentů měla také dokončené vzdělání na středním odborném učilišti. Výsledky výzkumu v této oblasti korespondují s daty dostupnými v poslední Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2015, kde autoři uvádí, že základní vzdělání převládalo u uživatelů nelegálních drog a další významná část těchto uživatelů měla středoškolské vzdělání a vysokoškolské vzdělání měla pouze zanedbatelná část problémových uživatelů drog.

Respondenti z obou skupin jsou nejčastěji nesezdaní a uvádí, že nikdy nebyli ženatí či vdaní. Struktura žadatelů o léčbu podle užívaných drog a rodinného stavu potvrzuje, že naprostá většina žadatelů o léčbu v České republice byla v roce 2015 svobodná a to jak u skupiny uživatelů opioidů, tak pervitinu.

Při mapování užívání drog ve 20 a více dnech před vstupem do adiktologické služby se ukázalo, že uživatelé pervitinu oproti uživatelům opioidů více užívali amfetaminy (včetně pervitinu) a také více alkoholu, až do stádia opilosti. Naprostá převaha respondentů ze skupiny opioidů užívala metadon a buprenorfin. Současně větší část uživatelů opioidů oproti uživatelům pervitinu užívala více než jednu látku denně. Zvýšená intenzita užívání jedné nebo více návykových látek před vstupem do adiktologické služby může souviset s větším psychickým vypětím respondentů a odhodláváním oslovit s žádostí o pomoc některou z odborných služeb. První vstup do adiktologické služby jistě vyžaduje velkou odhodlanost a rozhodnutí podělit se se svými problémy s někým dalším (cizím). Současně to může být moment přijetí problému s užíváním návykových látek a souvisejících potíží jako jsou neshody

v rodině a sociálním okolí uživatele, ale také zhoršení zdravotního stavu, nezvládání sociálních rolí či zhoršení ekonomické situace.

Největší část uživatelů opioidů bydlí sami, naopak uživatelé pervitinu nejčastěji uvedli, že nemají žádné bydlení. Zde se výsledky výzkumu rozcházejí s daty dostupnými z poslední Výroční zprávy o stavu ve věch drog v ČR v roce 2015, která prezentuje, že jak uživatelé opioidů, tak uživatelé pervitinu mají v naprosté většině stálé bydlení. Dále se ukazuje, že uživatelé pervitinu bydlí častěji s rodiči, což může souviset s vnímáním závažnosti užívání pervitinu jako menšího problému oproti užívání opioidů a tolerance rodičů vůči jejich dítěti může být vyšší. Z výzkumu dále vyplývá, že velice malá část respondentů z obou skupin žije v chráněném prostředí. Tento stav může být spojován s nedostupností bydlení pro problémové uživatele návykových látek. Týká se to zařízení přechodného bydlení (azylových domů, apod.) neboť uživatelé drog jsou často odmítáni, zejména pokud jsou pod vlivem návykové látky. Získání trvalého bydlení dále komplikuje zadluženost a případná výše kauce, na kterou uživatelé drog nedosáhnou.

V rámci dluhové situace data z výzkumu prezentují, že naprostá většina respondentů užívajících opioidy a pervitin má dluhy. Nejčastěji dluží za neuhrazené platby za pokuty (jízda na černo, další přestupky), na zdravotním pojištění nebo za neuhrazené náklady na výkon vazby či VTOS či za náklady trestního řízení. Jedná se o informace, které nejsou neznámé a naprosto korespondují s daty z poslední Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2015. Tato situace může souviset s tím, že uživatelé návykových látek často svou dluhovou situaci neřeší a ve chvíli, kdy dluhy dosahují značné výše, je zadluženost již obtížně řešitelná a často nedosáhnou ani na podmínky osobního bankrotu.

V oblasti zaměstnání se ukázalo, že uživatelé pervitinu byli v posledních 3 letech před vstupem do adiktologické služby více zaměstnaní, velká část respondentů na plný úvazek. Téměř polovina uživatelů pervitinu měla v životě nejdelší pracovní poměr na plný úvazek v rozmezí 1 – 4 roky, stejně tak uživatelé opioidů. Je překvapivé, že uživatelé pervitinu vykazují větší zaměstnanost, což může souviset s jejich větší aktivitou vlivem užívání pervitinu, který má stimulační účinky. I přes to, že je jejich styl života často chaotický, jsou schopni se na trhu práce uplatnit. S tím souvisí, že uživatelé pervitinu mají na základě výsledků výzkumu častěji příjmy ze zaměstnání, oproti tomu uživatelé opioidů uvádí více příjmů ze sociálních dávek – zejména dávek v hmotné nouzi a dávek státní sociální podpory.

V rámci kriminální minulosti výsledky ukazují, že většina uživatelů opioidů a pervitinu byla někdy ve svém životě obžalována za nějaký trestný čin, častěji tento jev vykazují uživatelé opioidů. Typy trestných činů, za které byli respondenti obžalováni, se napříč těmito dvěma skupinami uživatelů nijak výrazně neliší. Ukázalo se ale, že uživatelé pervitinu byli častěji zadrženi pro výtržnictví a řízení pod vlivem návykové látky, což může souviset se stimulačními účinky pervitinu a zvýšenou aktivitou po jeho užití.

10. 3. Zhodnocení hypotéz

H1: Uživatelé opioidů jsou více sociálně stabilizovaní (bydlení, práce, finanční situace/dluhy/sociální dávky) než uživatelé pervitinu.

Jak vidíme v grafu 5, který zobrazuje stav bydlení uživatelů opioidů a pervitinu v posledních 30 dnech před vstupem do adiktologické služby, uživatelé opioidů ve 20 % uvádí, že nemají stálé bydliště, jedná se tak o 12 respondentů. V 80 % uživatelé opioidů žijí sami nebo s někým (s partnerem, dětmi, rodiči, v chráněném prostředí, apod.). Uživatelé pervitinu uvádějí absenci bydliště v 19 %, potýká se s ní tedy 10 respondentů. Zbylých 81 % respondentů bydliště má. Při srovnání mladších a starších uživatelů opioidů a pervitinu (graf 6 a 7) vidíme, že mladší uživatelé opioidů oproti starším uvádějí častěji absenci bydlení, starší pak více žijí ve vlastním bytě či dlouhodobém pronájmu, institucionalizovaném bydlení či na squatu nebo v toxi-bytě. Podobně jako uživatelé opioidů, i mladší uživatelé pervitinu uvádějí oproti starším častěji absenci bydlení, starší uživatelé pervitinu pak více žijí ve vlastním bytě či dlouhodobém pronájmu, na squatu či toxi-bytě. V oblasti bydlení jsou tak skupiny respondentů poměrně vyrovnané, avšak můžeme pozorovat rozdíly mezi mladšími a staršími respondenty z obou skupin.

Tabulka 18 prezentuje, zda byli respondenti z obou skupin v posledních 30 dnech před vstupem do adiktologických služeb někde umístěni. Uživatelé opioidů byli v této oblasti více stabilní a v téměř 95 % nikde umístěni nebyli. Oproti tomu uživatelé pervitinu byli ve 20 % umístěni např. ve VTOS, v zařízení pro léčbu závislosti, apod.

Graf 8 znázorňuje pracovní zařazení respondentů ze skupiny uživatelů opioidů a pervitinu v posledních 3 letech před vstupem do adiktologických služeb. Větší část uživatelů opioidů byla nezaměstnaná. Oproti tomu uživatelé pervitinu měli častěji zaměstnání na plný úvazek, případně byli v pracovní neschopnosti nebo v důchodu. Na částečné úvazky s pravidelnými i nepravidelnými hodinami pak pracovali více uživatelé opioidů. Delší pracovní poměry na plný úvazek vykazují rovněž více uživatelé pervitinu (graf 9). V oblasti zaměstnání se tak více stabilizovaní jeví uživatelé pervitinu.

Co se týká finančního příjmu (tabulka 19 – 24), respondenti ze skupiny uživatelů pervitinu vykazují vyšší příjmy ze zaměstnání, oproti tomu uživatelé opioidů pobírají více sociálních dávek (dávky státní sociální podpory a dávky v hmotné nouzi). Dávky ze systému sociálního zabezpečení (např. peněžitá pomoc v mateřství, důchody, aj.) pobírají více uživatelé pervitinu. Příjmy od rodiny a přátel a z ilegálních zdrojů jsou u obou skupin v podobné výši.

Respondenti z obou skupin jsou v naprosté většině zadlužení (graf 10). Uživatelé opioidů dluží více za náklady na výkon vazby či trestu, zdravotní pojištění a za pokuty (jízda na černo, aj.). Uživatelé pervitinu více dluží na alimentech, za neuhrazené platby za telefony a internet, platby za nájemné a energie, spotřebitelské

úvěry. Dluhová situace je tak velmi podobná u obou skupin respondentů, nicméně můžeme pozorovat rozdílné příčiny zadlužení.

V oblasti bydlení jsou více stabilizovaní uživatelé opioidů, a to zejména starší (nad 35 let). Zaměstnaní jsou pak více uživatelé pervitinu, s čímž souvisí i to, že mají více příjmů ze zaměstnání oproti uživatelům opioidů a mají také delší pracovní poměry. Uživatelé opioidů pobírají pak více sociální dávky (zejména dávky v hmotné nouzi a dávky státní sociální podpory). Zadlužení jsou respondenti obou skupin podobně, avšak příčiny zadlužení se liší.

H2: Uživatelé opioidů mají v anamnéze vyšší míru páchaní drobné kriminality než uživatelé pervitinu.

Respondenti byli dotazováni na zkušenost s obžalobou za jednotlivé trestné činy (tabulky 25 – 27, grafy 12 - 15). Za drobnou kriminalitu je považován zejména trestný čin drobných krádeží a vandalství, a dále pak maření úředního rozhodnutí, výtržnictví.

Za trestný čin drobné krádeže, vandalství bylo obžalováno celkem 75,9 % uživatelů opioidů (3 % mladších uživatelů opioidů uvádí u tohoto trestného činu dokonce 10 a více obžalob, u starších uživatelů opioidů jsou to 4 % u 10 a více obžalob) a 52 % uživatelů pervitinu. Co se týká maření úředního rozhodnutí, obžalobu za tento trestný čin vykazuje celkem 27,6 % uživatelů opioidů a 20 % uživatelů pervitinu. Zadrženo pro výtržnictví bylo 19 % uživatelů opioidů a 32 % uživatelů pervitinu.

Uživatelé opioidů mají oproti uživatelům pervitinu v anamnéze vyšší míru páchaní drobných krádeží, vandalství a maření úředního rozhodnutí. Naopak uživatelé pervitinu oproti uživatelům opioidů vykazují častěji zadržení pro výtržnictví.

H3: Vzhledem k vyšší míře závažnosti trestné činnosti bude podíl osob se zkušeností s výkonem trestu odnětí svobody vyšší u uživatelů pervitinu než u uživatelů opioidů.

Graf 11 prezentuje dobu strávenou ve VTOS u obou skupin respondentů. Uživatelé opioidů byli v 81,8 % ve VTOS oproti tomu uživatelů pervitinu bylo ve VTOS celkem 78,4 %. U uživatelů pervitinu se však ukazuje, že byli oproti uživatelům opioidů častěji odsouzeni k pobytu ve VTOS v rozmezí 12 – 36 měsíců a vyšší hodnoty vykazují rovněž u odsouzení v rozmezí 121 měsíců a více. Na méně než 1 rok byli více odsouzeni uživatelé opioidů.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit socioekonomický status a problémy se zákonem u problémových uživatelů opioidů a pervitinu a případně poukázat na rozdíly, které v těchto oblastech respondenti obou skupin mají. Téma bylo mapováno z pohledu sociologického konceptu habitu a přineslo různé definice tohoto pojmu, které byly propojeny s dostupnými aktuálními daty z výzkumů podobných zaměření. Teoretická část je doplněna o oblast sociální práce s uživateli návykových látek jako nutné součásti práce v odborných adiktologických službách.

Z výzkumu je zřejmé, že mezi uživateli opioidů a pervitinu jsou jisté rozdíly v oblasti socioekonomického statusu a problémů se zákonem. Typ užívané návykové látky je ale pouze jeden z mnoha faktorů, které mají na socioekonomický status uživatelů drog vliv. Uživatelé opioidů ve výzkumném vzorku byli převážně klienty, kteří zahájili léčebnou epizodu ve specializovaném zařízení poskytující substituční léčbu oproti uživatelům pervitinu, kteří byli rekrutováni zejména v kontaktních centrech. Respondenti užívající opioidy vykazují oproti uživatelům pervitinu při prvním vstupu do adiktologického zařízení vyšší věk, větší frekvenci užívání více než jedné návykové látky během dne před vstupem do odborné služby, bydlí častěji sami, jejich hlavním finančním příjmem jsou sociální dávky, s čímž souvisí to, že jsou oproti uživatelům pervitinu méně zaměstnaní. Uživatelé opioidů oproti uživatelům pervitinu byli v životě více obžalováni z trestných činů, jako jsou drobné krádeže, vandalství, aj. Obě skupiny respondentů dle primární drogy byly procentuálně vyrovnané zejména v oblasti nízkého vzdělání, rodinného stavu, kdy byli nejčastěji nesezdaní, velmi málo respondentů z obou skupin žije v chráněném prostředí a obě skupiny respondentů mají dluhy, které jsou jedním z faktorů snížené schopnosti začlenění zpět do společnosti.

Klienti užívající opioidy i pervitin vykazují při vstupu do adiktologického zařízení značné problémy v oblasti bydlení, zaměstnání, dluhové situace i problémech se zákonem. Dlouhodobé intenzivní užívání drog vede tedy nejen ke zdravotním, ale také závažným sociálním dopadům. V souvislosti s vnímáním člověka jako celistvé bytosti s potížemi v různých oblastech jeho života se autorka domnívá, že adiktologické služby, byť se již ze svého principu zaměřují na uživatele návykových látek, by měli s klientem pracovat komplexně (nejen v oblasti užívání drog či závislosti). Důležitá je proto adekvátní profesní odbornost pracovníků v jednotlivých adiktologických službách, s cílem umožnit celistvou koordinaci práce s klientem na zakázkách, se kterými do zařízení přichází.

Efektivní intervence a rozvoj služeb by měly vždy stát na dobré znalosti situace a potřeb osob, ke kterým mají směřovat.

Seznam zkratek

CMS Drop In, o. p. s. – Centrum metadonové substituce Drop In, o. p. s.

LZZ – lůžkové zdravotnické zařízení

NL – návyková látka

NUDZ – Národní ústav duševního zdraví

O – opioidy

OPL – omamná a psychotropní látka

P – pervitin

PČR – Police České republiky

SES – socioekonomický status

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

VTOS – výkon trestu odnětí svobody

Seznam tabulek

Tabulka 1: Procentní distribuce a počty případů proměnných použitých v analýze k měření socioekonomického statusu podle základní populace výzkumu	20
Tabulka 2: Počet uživatelů drog žádajících o léčbu v letech 2005 – 2014.....	27
Tabulka 3: Motiv či důvod návštěvy zařízení pro uživatele návykových látek v letech 2005 – 2014 (v %).....	28
Tabulka 4: S kým žijí uživatelé drog (v %).....	29
Tabulka 5: Charakter bydlení uživatelů drog žádajících o léčbu (v %)	30
Tabulka 6: Charakter zaměstnání uživatelů drog žádajících o léčbu (v %).....	31
Tabulka 7: Nejvyšší dokončené vzdělání uživatelů drog žádajících o léčbu (v %)	32
Tabulka 8: Intervence v oblasti sociální práce	39
Tabulka 9: Seznam spolupracujících zařízení a jejich projektů.....	57
Tabulka 10: Skupiny návykových látek dle pohlaví	62
Tabulka 11: Počet klientů v jednotlivých programech	63
Tabulka 12: Pohlaví respondentů	63
Tabulka 13: Věk respondentů (v %)	63
Tabulka 14: Vzdělání (v %).....	64
Tabulka 15: Rodinný stav (v %).....	65
Tabulka 16: Užívání návykových látek u skupiny uživatelů opioidů a pervitinu (v %)	66
Tabulka 17: Věkové skupiny – mladší a starší uživatelé opioidů a pervitinu	69
Tabulka 18: Umístění respondentů v posledních 30 dnech (v %)	70
Tabulka 19: Výše výdělku ze zaměstnání (v %)	73
Tabulka 20: Výše příjmu z podpory v nezaměstnanosti (v %).....	73
Tabulka 21: Výše příjmu ze sociálních dávek (v %).....	74
Tabulka 22: Výše příjmu z dávek ze systému sociálního zabezpečení (v %).....	74
Tabulka 25: Opioidy – počet obžalob z jednotlivých trestných činů (v %).....	77
Tabulka 26: Pervitin – počet obžalob z jednotlivých trestných činů (v %).....	78
Tabulka 27: Zadržení pro výtržnictví, řízení pod vlivem návykové látky či za jiný vážný dopravní přestupek (v %)	79
Tabulka 28: Počet obžalob vedoucí k odsouzení.....	79
Tabulka 29: Nelegální činnost pro zisk (v %).....	80
Tabulka 30: Výskyt zdravotních obtíží v posledních 30 dnech před vstupem do adiktologické služby.....	83

Seznam grafů

Graf 1: Stupeň poškození na úrovni klienta a společnosti.....	21
Graf 2: Výzkumný soubor dle skupiny primární návykové látky.....	61
Graf 3: Opioidy	62
Graf 4: Užívané návykové látky ve 20 a více dnech před vstupem do adiktologické služby (v %)	67
Graf 5: Bydlení uživatelů opioidů a pervitinu v posledních 3 letech před vstupem do adiktologických služeb	68
Graf 6: Bydlení – mladší a starší uživatelé opioidů (v %)	69
Graf 7: Bydlení – mladší a starší uživatelé pervitinu (v %)	70
Graf 8: Pracovní zařazení uživatelů opioidů a pervitinu (v %).....	71
Graf 9: Nejdelší pracovní poměr na plný úvazek u uživatelů opioidů a pervitinu (v %)	72
Graf 10: Příčiny zadlužení uživatelů opioidů a pervitinu (v %)	76
Graf 11: Doba strávená ve vazbě a VTOS (v %).....	80
Graf 12: Opioidy – mladší uživatelé	81
Graf 13: Opioidy - starší uživatelé	81
Graf 14: Pervitin: mladší uživatelé.....	82
Graf 15: Pervitin – starší uživatelé.....	82

Seznam obrázků

Obrázek 1: Důsledky užívání NL pro jednotlivce (uživatele NL) a pro společnost (okolí uživatele).....	25
Obrázek 2: Profesionalita sociální práce.....	35

Použitá literatura

Amsterdam, J., Brink, W. (2010). Ranking of drugs: a more balanced risk-assessment, p. 1524 – 1526.

Amsterdam, J., Opperhuizen, A., Koeter, M., Brink, W. (2010). Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population, 16, p. 202 – 207.

Best, D., Gross, S., Vingoe, L., Witton, J., Strang, J. (2003). Dangerousness of Drugs. A Guide To The Risks And Harms Associated With Substance Misuse. Department of Health: National Addiction Centre, p. 3 – 71.

Biedermanová, E. (2012). Anketa. In Sociální práce: sociální práce s pachateli trestných činů, 12(2), s. 3 - 6.

Bourdieu, P. (1998). Teorie jednání. Praha: Karolinum.

Courtney, K. E., Ray, L. A. (2014) Methamphetamine: an update on epidemiology, pharmacology, clinical phenomenology, and treatment literature. Drug Alcohol Depend, 143, p. 11 – 21.

Csémy, L. et al. (2015). Výzkumný plán studie. Národní ústav duševního zdraví, Centrum epidemiologického a klinického výzkumu závislostí.

Darke, S., Kaye, S., McKetin, R., Duflou, J. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. Drug and Alcohol Review, p. 253 – 262.

Drulák, P. (2007). In Mezinárodní vztahy 3/2007. Praha: Ústav mezinárodních vztahů, s. 69 – 79.

Dymáček, J. (2014). Dělnická třída v ČR: kultura a každodennost. Diplomová práce (Mgr.). Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociologie.

EMCDDA (2007). Drogy a trestná činnost – složitý vztah. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství.

EMCDDA (2015). Evropská zpráva o drogách. Trendy a vývoj. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství.

EMCDDA (1999). Guidelines for the risk assessment of new synthetic drugs. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities.

EMCDDA (2012). Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities.

- Fischer, S., Škoda, J. (2009). Sociální patologie. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Fučelová, A., Zónová, J., Petrášová, B. (2015). Výroční zpráva. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog v České republice v roce 2014. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy.
- Gabrhelík, R., Šťastná, L., Holcnerová, P., Miovský, M., Minařík, J. (2010). Aktuální otázky léčby závislosti na metamfetaminu. *Adiktologie*, 10(2), s. 92 – 100.
- Gabrhelíková, P. (2015). Uživatelé návykových látek a trestná činnost související s drogami. In *Klinická adiktologie* (2015). Praha: Grada Publishing, a. s., s. 569 – 582.
- Giddens, A. (1997). Sociologie. Praha: Argo.
- Globální komise pro protidrogovou politiku (2013). Válka proti drogám a její negativní dopady na veřejné zdraví: Skrytá epidemie hepatitidy typu C. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Hnilica, K. (2006). Vlivy socioekonomického statusu a přírodní katastrofy na zdraví a spokojenost se životem. *Československá psychologie*, 50(1), s. 16 – 35.
- Chudomel, J. (2012). Anketa. In *Sociální práce: sociální práce s pachateli trestných činů*, 12(2), s. 3 - 6.
- Janíková, B. (2015). Harm Reduction. In *Klinická adiktologie* (2015). Praha: Grada Publishing, a. s., s. 272 – 283.
- Kalina, K. et al. (2003). Drogen a drogové závislosti 1. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. et al. (2003). Drogen a drogové závislosti 2. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Kolektiv autorů (2006). Seznam a definice výkonů drogových služeb. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kreidl, M., Hošková, L. (2008). Strategie měření socioekonomického statusu a zdraví v sociologických publikacích. *Data a výzkum – SDA Info*, 2(2), s. 131 – 154.
- Kujevská, L., Dundrová, M. (2012). Anketa. In *Sociální práce: sociální práce s pachateli trestných činů*, 12(2), s. 13.
- Linton, R. (1938). Culture, society, and the individual in *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 33(4), 425-436.
- Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.

- Matoušek, O. et al. (2001). *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
- Minařík, J. (2003). Opioidy. In Kalina et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 159 – 162.
- Minařík, J. (2003). Stimulancia. In Kalina et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 164 – 167.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mravčík, V. et al. (2013). *Zaostřeno na drogy 5. Sčítání adiktologických služeb 2012*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Vlach, T., Fidesová, H., Jurystová, L., Vopravil, J., Malinová, H. (2015). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H., Jurystová, L., Vopravil, J. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Pešek, R., Škařupová, K., Orlíková, B., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Kiššová, L., Běláčková, V., Gajdošíková, H., Vopravil, J. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2006). *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Navrátil, P. (2000). *Úvod do teorií a metod sociální práce*. Brno: Národní centrum pro rodinu.
- Navrátil, P. (2003). Sociální práce. In Kalina et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 70 – 74.
- Navrátil, P., Musil, L. (2000). *Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. Sociální studia*. Fakulta sociálních studií MU Brno.
- Nutt, D. J., King, L. A., Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*; 376: p. 1558 – 1565.
- Okrouhlica, L., Mihalkova, A., Klempova, D., Skovayova, L. (2002). Three-year follow-up study of heroin users in Bratislava. *Eur Addict Res*, 8(2). p. 103 – 106.

Ouředníčková, L. (2012). Anketa. In Sociální práce: sociální práce s pachateli trestných činů, 12(2), s. 3 – 6.

Pavlovská, A., Minařík, J. (2015). Substituční léčba závislosti. In Kalina et al. (2015). Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing, a. s., s. 378 – 390.

Petrusek, M. (2009). Základy sociologie. Praha: Akademie veřejné správy o. p. s.

Pinquart, M., Sörensen, S. (2000) Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. Psychology and aging, 15 (2), p. 187 – 224.

Polanecký, V., Studničková, B., Klepetková, M., Šeblová, J., Zemanová, R. (2006). Výroční zpráva ČR – 2005. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie.

Polanecký, V., Studničková, B., Benáková, Z., Šeblová, J., Zemanová, R. (2007). Výroční zpráva ČR – 2006. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie.

Studničková, B., Petrášková, B. (2011). Výroční zpráva ČR – 2010. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie.

Studničková, B., Petrášková, B. (2011). Výroční zpráva ČR – 2010. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie.

Studničková, B., Petrášová, B. (2012). Výroční zpráva ČR – 2011. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie.

Studničková, B., Fuělová, A. (2013). Výroční zpráva ČR – 2012. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie.

Studničková, B., Fuělová, A. (2014). Výroční zpráva. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog v České republice v roce 2013. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Referát drogové epidemiologie.

Pullmann, M. (2010). Habitus a třídy. Výzva kulturní sociologie Pierra Bourdieu pro sociální dějiny (z pohledu německých sociálních věd) In Horská, P.; Kostlán, A.; Nodl, M. (eds.) Francouzská inspirace pro společenské vědy v českých zemích. Praha: Cefres, s. 4.

Rodová, M. (2010). Terénní sociální práce s uživateli drog v Praze. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Jana Amose Komenského.

Sheafor, W. B., Horejsi, Ch. R., Horejsi, G. A. (2000). Techniques and Guidelines for Social Work Practice. Boston, Allyn and Bacon.

Skařupová, K. (2014). Literature review. The levels of use of opioids, amphetamines and cocaine and associated levels of harm: summary of scientific evidence, p. 4 – 53.

Slaměnk, I., Výrost, J. (2008). Sociální psychologie. Praha: Grada Publishing, a. s.

Smith, J. P. (1993). Alcohol and drugs in the workplace: Attitudes, policies and programmes in the European Community, Report prepared for ILO in collaboration with the Health and Safety Directorate, Commission of the European Communities, Geneva, p. 11.

Sokol, R., Trefilová, V. (2008). Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb. Praha: ASPI.

Studničková, B., Benáková, Z., Šeblová, J., Zemanová, R. (2008). Výroční zpráva ČR – 2007. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie.

Studničková, B., Petrášková, B. (2009). Výroční zpráva ČR – 2008. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie.

Studničková, B., Petrášková, B. (2010). Výroční zpráva ČR – 2009. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie.

Studničková, B., Petrášková, B. (2011). Výroční zpráva ČR – 2010. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie.

Šafář, Z. (1969). Možnosti standardní operacionalizace socioekonomického statusu. Sociologický časopis/Czech Sociological Review, s. 591 – 599.

Šotola, J. (2005). Zrušení jezuitského řádu v českých zemích. Kolektivní biografie bývalé elity (1773 – 1800). Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií.

Štefunková, M. (2011). Drogy a kriminalita – jaký je mezi nimi vztah? In Adiktologie, 11(3), s. 156- 164.

Šubrt, J. (2001). Postavy a problémy soudobé teoretické sociologie. Praha: ISV nakladatelství.

UNODC (2015). World drug report. New York: United Nations.

Vacek, J., Vondráčková, P. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. In Adiktologie 12(2), s. 138 – 151.

Zákony:

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In Sbírka zákonů České republiky (2009). s. 40 – 93.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In Sociální zabezpečení: státní sociální podpora, sociální péče, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum, působnost jednotlivých orgánů (1993). Ostrava: Sagit. s. 145.

Přílohy

Příloha 1 – Definice trestných činů dle zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku

Příloha 2 – Písemný informovaný souhlas

Příloha 3 – Rozhodnutí etické komise NUDZu

Příloha 4 – Rozhodnutí etické komise VFN

Příloha 5 – Dotazník

Příloha 1

Trestné činy dle zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku

Definice jednotlivých trestných činů jsou citovány z aktuálního zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku (In Sbírka zákonů České republiky, 2009, s. 40 – 93).

§ 205 Krádež

(1) Kdo si присvojí cizí věc tím, že se jí zmocní, a **a)** způsobí tak na cizím majetku škodu nikoliv nepatrnou, **b)** čin spáchá vloupáním, **c)** bezprostředně po činu se pokusí uchovat si věc násilím nebo pohrůzkou bezprostředního násilí, **d)** čin spáchá na věci, kterou má jiný na sobě nebo při sobě, nebo **e)** čin spáchá na území, na němž je prováděna nebo byla provedena evakuace osob, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci.

§ 283 Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy

(1) Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, připraví obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekursor nebo jed, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem.

§ 284 Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu

(1) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu přechovává v množství větším než malém omamnou látku konopí, pryskyřici z konopí nebo psychotropní látku obsahující jakýkoli tetrahydrokanabinol, izomer nebo jeho stereochemickou variantu (THC), bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, zákazem činnosti nebo propadnutím věci.

§ 285 Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku

(1) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém rostlinu konopí, bude potrestán odnětím svobody až na šest měsíců, peněžitým trestem nebo propadnutím věci.

(2) Kdo neoprávněně pro vlastní potřebu pěstuje v množství větším než malém houbu nebo jinou rostlinu než uvedenou v odstavci 1 obsahující omamnou nebo psychotropní látku, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, peněžitým trestem nebo propadnutím věci.

§ 286 Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu

(1) Kdo vyrobí, sobě nebo jinému opatří anebo přechovává prekursor nebo jiný předmět určený k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky, přípravku, který obsahuje omamnou nebo psychotropní látku, nebo jedu, bude potrestán odnětím svobody až na pět let, peněžitým trestem, zákazem činnosti nebo propadnutím věci.

§ 287 Šíření toxikomanie

(1) Kdo svádí jiného ke zneužívání jiné návykové látky než alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

§ 233 Padělání a pozměnění peněz

(1) Kdo sobě nebo jinému opatří nebo přechovává padělané nebo pozměněné peníze nebo prvky peněz sloužící k ochraně proti jejich padělání, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let.

(2) Kdo padělá nebo pozmění peníze v úmyslu udat je jako pravé nebo platné anebo jako peníze vyšší hodnoty, nebo kdo padělané nebo pozměněné peníze udá jako pravé nebo platné anebo jako peníze vyšší hodnoty, bude potrestán odnětím svobody na tři léta až osm let.

§ 348 Padělání a pozměnění veřejné listiny

(1) Kdo padělá veřejnou listinu nebo podstatně změní její obsah v úmyslu, aby jí bylo užito jako pravé, nebo takovou listinu užije jako pravou, kdo takovou listinu opatří sobě nebo jinému nebo ji přechovává v úmyslu, aby jí bylo užito jako pravé, nebo kdo vyrobí, nabízí, prodá, zprostředkuje nebo jinak zpřístupní, sobě nebo jinému opatří nebo přechovává nástroj, zařízení nebo jeho součást, postup, pomůcku nebo jakýkoli jiný prostředek včetně počítačového programu, vytvořený nebo přizpůsobený k padělání nebo pozměnění veřejné listiny, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

§ 209 Podvod

(1) Kdo sebe nebo jiného obohatí tím, že uvede někoho v omyl, využije něčího omylu nebo zamlčí podstatné skutečnosti, a způsobí tak na cizím majetku škodu nikoli nepatrnou, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci.

§ 279 Nedovolené ozbrojování

(1) Kdo bez povolení vyrobí, sobě nebo jinému opatří nebo přechovává střelnou zbraň nebo její hlavní části nebo díly nebo ve větším množství střelivo nebo zakázaný doplněk zbraně, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci.

(2) Stejně bude potrestán, kdo uvede do střelbychopného stavu znehodnocenou zbraň nebo na ní provede konstrukční změny směřující k jejímu uvedení do střelbyschopného stavu nebo na zbrani provede konstrukční změny směřující ke zvýšení její účinnosti, nebo kdo padělá, pozmění, zahlazuje nebo odstraňuje jedinečné označení střelné zbraně, které umožňuje její identifikaci.

(3) Kdo bez povolení **a)** vyrobí, sobě nebo jinému opatří nebo přechovává výbušninu v množství větším než malém, zbraň hromadně účinnou nebo součástky, jichž je k užití takové zbraně nezbytně třeba, nebo **b)** hromadí, vyrábí nebo sobě nebo jinému

opatřuje zbraně nebo ve značném množství střelivo, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až pět let.

§ 121 Vloupání

Vloupáním se rozumí vniknutí do uzavřeného prostoru lstí, nedovoleným překonáním uzamčení nebo překonáním jiné jistící překážky s použitím síly.

§ 173 Loupež

(1) Kdo proti jinému užije násilí nebo pohrůžky bezprostředního násilí v úmyslu zmocnit se cizí věci, bude potrestán odnětím svobody na dvě léta až deset let.

§ 146 Ublížení na zdraví

(1) Kdo jinému úmyslně ublíží na zdraví, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta.

§ 158 Rvačka

(1) Kdo úmyslně ohrozí život nebo zdraví jiného tím, že se zúčastní rvačky, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.

§ 272 Obecné ohrožení

(1) Kdo úmyslně způsobí obecné nebezpečí tím, že vydá lidi v nebezpečí smrti nebo těžké újmy na zdraví nebo cizí majetek v nebezpečí škody velkého rozsahu tím, že zapříčiní požár nebo povodeň nebo škodlivý účinek výbušnin, plynu, elektřiny nebo jiných podobně nebezpečných látek nebo sil nebo se dopustí jiného podobného nebezpečného jednání, nebo kdo takové obecné nebezpečí zvýší anebo ztíží jeho odvrácení nebo zmírnění, bude potrestán odnětím svobody na tři léta až osm let.

§ 185 Znásilnění

(1) Kdo jinému násilím nebo pohrůžkou násilí nebo pohrůžkou jiné těžké újmy donutí k pohlavnímu styku, nebo kdo k takovému činu zneužije jeho bezbrannosti, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až pět let.

§ 140 Vražda

(1) Kdo jiného úmyslně usmrtí, bude potrestán odnětím svobody na deset až osmnáct let.

(2) Kdo jiného úmyslně usmrtí s rozmyslem nebo po předchozím uvážení, bude potrestán odnětím svobody na dvanáct až dvacet let.

§ 141 Zabití

(1) Kdo jinému úmyslně usmrtí v silném rozrušení ze strachu, úleku, zmatku nebo jiného omluvitelného hnutí mysli anebo v důsledku předchozího zavrženíhodného jednání poškozeného, bude potrestán trestem odnětí svobody na tři léta až deset let.

§ 337 Maření výkonu úředního rozhodnutí a vykázání

(1) Kdo maří nebo podstatně ztěžuje výkon rozhodnutí soudu nebo jinému orgánu veřejné moci tím, že a) vykonává činnost, která mu byla takovým rozhodnutím

zakázána nebo pro kterou mu bylo odňato příslušné oprávnění podle jiného právního předpisu nebo pro kterou takové oprávnění pozbyl, **b)** zdržuje se na území České republiky, ačkoli mu byl uložen trest vyhoštění nebo bylo rozhodnuto o jeho správním vyhoštění, **c)** bez povolení a bez vážného důvodu se zdržuje v místě nebo obvodě, na které se vztahuje trest zákazu pobytu, nebo nedodržuje omezení, která mu byla soudem uložena v souvislosti s výkonem tohoto trestu, **d)** porušuje zákaz pobytu uložený podle jiného právního předpisu, **e)** navštíví akci, na kterou se vztahuje trest zákazu vstupu na sportovní, kulturní a jiné společenské akce, nebo se dopustí jiného závažného jednání, aby zmařil účel tohoto trestu, **f)** bez závažného důvodu nenastoupí na výzvu soudu trest odnětí svobody nebo se jiným způsobem neoprávněně brání nástupu výkonu tohoto trestu, **g)** dopustí se závažného jednání, aby zmařil výkon nebo účel vazby, **i)** dopustí se závažného jednání, aby zmařil výkon nebo účel zabezpečovací detence, nebo **j)** dopustí se závažného jednání, aby zmařil výkon nebo účel ochranného léčení nebo ochranné výchovy, které byly uloženy soudem, nebo jinak, zejména útekem z ústavu, pomocí při útěku, výkon takových rozhodnutí podstatně ztěžuje, anebo maří dohled uložený při ukončení ochranného léčení, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Stejně bude potrestán, kdo se dopustí závažného nebo opakovaného jednání, aby zmařil vykazání provedené podle jiného právního předpisu nebo rozhodnutí o předběžném opatření soudu, kterým se ukládá povinnost dočasně opustit společné obydlí a jeho bezprostřední okolí a zdržet se vstupu do něj nebo povinnost zdržet se styku s navrhovatelem a navazování kontaktů s ním.

(3) Kdo zmaří nebo podstatně ztíží výkon rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu veřejné moci tím, že **a)** zničí, poškodí, učiní neupotřebitelnou, zatají, zcizí nebo odstraní věc, které se takové rozhodnutí týká, nebo **b)** uprchne stráží, z vazby, z výkonu trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence, bude potrestán odnětím svobody až na pět let nebo peněžitým trestem.

(4) Kdo poté, co proti němu byla bezvýsledně použita opatření v občanském soudním řízení směřující k výkonu rozhodnutí soudu nebo soudem schválené dohody o výchově nezletilých dětí, včetně úpravy styku s dítětem, maří výkon takového rozhodnutí nebo dohody, nebo kdo se dopustí závažného jednání, aby zmařil výkon rozhodnutí jiného orgánu veřejné moci týkajícího se výchovy nezletilých dětí, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.

§ 358 Výtržnictví

(1) Kdo se dopustí veřejně nebo na místě veřejnosti přístupném hrubé neslušnosti nebo výtržnosti zejména tím, že napadne jiného, hanobí hrob, historickou nebo kulturní památku, anebo hrubým způsobem ruší přípravu, průběh nebo zakončení organizovaného sportovního utkání, shromáždění nebo obřadu lidí, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

§ 274 Ohrožení pod vlivem návykové látky

(1) Kdo vykonává ve stavu vylučujícím způsobilost, který si přivodil vlivem návykové látky, zaměstnání nebo jinou činnost, při kterých by mohl ohrozit život nebo zdraví lidí nebo způsobit značnou škodu na majetku, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, peněžitým trestem nebo zákazem činnosti.

V praktické části diplomové práce se autorka zaměřuje také na trestné činy související s prostitucí, pro tuto skupinu si uvedeme pouze výčet trestných činů dle toho, zda jsou páchané na osobách provozující prostituci (a) nebo jsou páchány osobami provozujícími prostituci (b).

a) Trestné činy páchané na osobách provozující prostituci (v této kategorii trestných činů nalezneme převážně trestné činy spadající pod hlavu III. Zvláštní části trestního zákoníku upravující trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti):

- kuplířství (§ 189 TZ);
- znásilnění (§ 185 TZ);
- pohlavní zneužití (§ 187 TZ).

Do této skupiny dále náleží trestné činy, které spadají pod hlavu II. díl I. zvláštní části trestního zákoníku obsahující trestné činy proti svobodě. Zde můžeme uvést trestný čin:

- obchodování s lidmi (§ 168 TZ);
- zbavení a omezování osobní svobody (§ 170 TZ a § 171 TZ);
- zavlečení (§ 172 TZ);
- vydírání (§ 175 TZ).

Dále do této skupiny řadíme rovněž trestné činy jako ohrožování výchovy dítěte podle (§ 201 TZ) a svádění k pohlavnímu styku (§ 202 TZ).

b) Mezi trestné činy páchané osobami provozujícími prostituci patří nejčastěji:

- loupež (§ 173 TZ);
- krádež (§ 205 TZ);
- prostituce ohrožující mravní vývoj dětí (§ 190 TZ);
- ohrožení pohlavní nemocí (§ 155 TZ)

Příloha 2

Formulář pro informovaný souhlas

Studie léčby závislosti v ČR

Já (jméno a příjmení účastníka studie),....., RČ....., souhlasím s účastí ve výzkumné studii Evaluace léčby závislosti v ČR.

Potvrzuji tímto, že mi (jméno a příjmení pracovníka) podrobně a k mé spokojenosti vysvětlil/apovahu, cíle a důsledky výzkumné studie, především jaký vliv na mě mohou mít, a že svůj souhlas dávám dobrovolně.

Kromě účasti na prvním rozhovoru souhlasím také s tím, že budu kontaktován/a kvůli následným rozhovorům po 3 a 12 měsících po prvním rozhovoru.

Budu-li požádán/a, poskytnu v rámci studie vzorek slin pro zjišťování přítomnosti protilátek proti virové hepatitidě typu C.

Měl/a jsem možnost se zeptat na jakékoliv možné důsledky pro mou osobu související s mou účastí ve studii.

Obdržel/a jsem písemnou Informaci pro účastníky.

Uvědomuji si, že účast v této výzkumné studii mohu přerušit kdykoli, aniž by to mělo jakýkoli vliv na má práva nebo na povinnosti výzkumníků, nebo na léčbu nebo jiné služby, kterých využívám v současnosti nebo mohu využít v budoucnosti od výše uvedeného lékaře/pracovníka a zařízení, ve kterém mne léčí.

Souhlasím s tím, že data získaná z výsledků studie mohou být publikována, za podmínky, že nebudu moci být identifikován/a.

Pokud jde o další sledování mého zdravotního stavu a souvisejících faktorů v pokračování studie v budoucnu po 12 měsících od 1. vyšetření (tj. po druhém následném vyšetření):

- a.(doplňte „souhlasím“ či „nesouhlasím“) s tím, abych byl kontaktován s žádostí o účast v pokračování studie.
- b. (doplňte „souhlasím“ či „nesouhlasím“) s tím, aby údaje o mém zdravotním stavu byly po zašifrování mých identifikačních údajů (rodného čísla) sledovány národních zdravotních registrech spravovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky po dobu následujících 30 let.

Podpis účastníka výzkumu:

datum:

ID ÚČASTNÍKA:	
JMÉNO A PŘÍJMENÍ TAZATELE:	
NÁZEV ÚČASTNÍCIHO SE ZAŘÍZENÍ:	

Já, ,
jsem popsal/a studii a povahu a důsledky postupů, které zahrnuje. Podle mého názoru klient/ka tomuto vysvětlení porozuměl/a a dává svůj souhlas dobrovolně.

Jméno a příjmení:

Podpis:

datum:

Příloha 3

Formulář pro rozhodnutí EK č.j. 26/16

ROZHODNUTÍ ETICKÉ KOMISE

Název EK: **ETICKÁ KOMISE NÁRODNÍHO ÚSTAVU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ**
Adresa EK: **Topolová 748, 250 67, Klecany**

Odpovídá složení EK požadavkům ICH GCP? Ano ☒ Ne ☐

Pracuje EK podle jednotného řádu v souladu s předpisy ICH GCP? Ano ☒ Ne ☐

Datum a místo jednání: **NUDZ odd.2 dne 17.2.2016 ve 13,30 hod.**

Jméno žadatele: **PhDr. Ladislav Csemy**

Jméno / název zadavatele: **Národní ústav duševního zdraví (NUDZ)**

Přesný název studie: **Evaluace léčby závislosti v ČR.**

Identifikační číslo datum protokolu: **Viz.výše.**

Seznam hodnocené dokumentace:

Abstrakt studie ☒

Stručný plán výzkumu včetně složení řešitelského týmu ☒

Informace pro účastníky výzkumu a informovaný souhlas ☒

cover letter, cv řešitele ☒

Etická komise souhlasí s prováděním studie ☒

Projekt plně respektuje zásady Úmluvy o lidských právech a biomedicině a zákon č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Etická komise nesouhlasí s prováděním studie ☐

Důvody pro nesouhlas etické komise: **0**

Požadavky etické komise: **0**

Jednání etické komise se zúčastnili a hlasovali tři členové:

Etická komise
Národní ústav duševního zdraví
Topolová 748, Klecany 250 67
tel.: 283 088 312

			Přítomen		Hlasoval	
			ANO	NE	ANO	NE
1.	Předseda:	Dr. Bareš	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		Dr. Novák	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		Dr. Romeš	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.		Mgr. Viktorinová	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		Dr. Kratochvílová MD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.		Bc. Sobotka	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7.		Bc. Švejdrová	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.		př. Švecová	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.		p. Kuneš	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etická komise upozorňuje žadatele na jeho povinnost zaslat k posouzení etické komisi všechny dodatky protokolu před jejich provedením. Výjimkou jsou dodatky, které jsou určeny k eliminaci bezprostředních rizik pro subjekty hodnocení a ty dodatky, které jsou součástí studie a které jsou součástí protokolu a které jsou součástí protokolu a které jsou součástí protokolu.

Dále musí žadatel předložit k posouzení komisi skutečnosti, které zvyšují riziko subjektů hodnocení nebo výrazně ovlivňují průběh studie, ohlásit komisi všechny zaznamenané závažné neočekávané příhody, ohlásit komisi nové informace, které mohou negativně ovlivnit bezpečnost subjektů hodnocení nebo průběh klinického hodnocení a podat komisi zprávu o průběhu klinického hodnocení, a to jednou ročně v jeho průběhu a dále po jeho ukončení. Tyto údaje lze získat prostřednictvím etické komise.

Datum : 17.2.2016

podpis předsedy:

doc. MUDr. Martin
Raráň Ph.D.

Etická komise
Národní ústav duševního zdraví
Tepalova 749, Ústí nad Labem 250 67
tel.: 283 080 312



Příloha 4

Etická komise
Všeobecné fakultní nemocnice v Praze
ETHICS COMMITTEE
of the General University Hospital, Prague

Na Bojišti 1
128 08 Praha 2
tel. 224964131
e-mail: eticka.komise@vfn.cz

STANOVISKO ETICKÉ KOMISE KE KLINICKÉMU HODNOCENÍ LÉČIV *Opinion of the Ethics Committee on Clinical Trial on Human Medicinal Products*

- ☐ Multicentrické KH, je požadováno stanovisko multicentrické EK pro všechna centra/Multi-centric clinical trial, opinion issued by Ethics Committee for Multi-Centric Clinical Trials is required
☐ Multicentrické KH, je požadováno stanovisko EK pro místní centrum (centra)/ Multi-centric clinical trial, opinion issued by local Ethics Committee(s) is required
☒ KH prováděné v jednom centru, požadováno stanovisko EK pro místní centrum (centra)/ Clinical trial conducted in a single site, opinion of a local EC is required

Číslo jednací/Reference number: 1195/16 S

Název KH/Full Title of Clinical Trial:
Evaluace léčby závislosti v ČR

Žadatel/Applicant: PhDr. Ladislav Čsémy,
Národní ústav duševního zdraví,
Centrum klinického a epidemiologického výzkumu závislosti,
Zastupitel adresa: Topolová 748, 250 67 Klecany

Lhůta pro podání posuzné práce a průběhu KH od jeho zahájení/ Time schedule for submission of the writer, Annual Report from the CT commencement: ☒ 1x ročně/Once a year ☐ Jiná lhůta/ Other ----

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska/ Reimbursement of costs related to assessment and issue of the EC opinion: ☐ Ano/Yes ☒ Ne, zdůvodnění/ No, reasons: Projekt je financován MŠMT v rámci programu NPU I (projekt číslo LO1611)

Datum doručení žádosti/Date of submission of the Application Form: 01.07.2016

Datum jednání EK + čas/Date and time of Ethics Committee's session: 21.07.2016 (15,30 – 18,30 hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled / List of clinical trial sites in the Czech Republic where EC has given its opinion and will perform supervision:

Místo hodnocení/ Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
PhDr. Ladislav Čsémy, Klinika adiktologie I.LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů/List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno /Approved		Vzato na vědomí/ Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis ze dne 27.6.2016	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník k předkládaným dokumentům – Zkrácený formulář EK VFN k neintervenci dotazníkové studii u pacientů, nedatováno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synopse studie, nedatováno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stručný plán studie, nedatováno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informace pro účastníky studie a Formulář informovaného souhlasu, nedatováno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník pro klienta vyplňovaný v rámci rozhovoru, nedatováno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník pro klienta/klientku pro samostatné vyplnění, nedatováno	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis vedoucího výzkumného týmu, nedatováno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhlas přednosty kliniky adiktologie ze dne 28.6.2016	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyjádření náměstka VFN pro vědu, výzkum a vzdělávání ze dne 14.6.2016	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Čestné prohlášení o provádění výzkumu ve VFN ze dne 1.7.2016	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rozhodnutí Etické komise NÚDZ ze dne 17.2.2016	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zřizovací listina NÚDZ ze dne 1.12.2014	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Vyjádření EK/ Ethics Committee's opinion:

EK vydává / EC issues

- ☒ Souhlasné stanovisko/Favourable opinion
☐ Nesouhlasné stanovisko/Unfavourable opinion

EK VFN vydává souhlasné stanovisko k provedení neintervenci studie na Klinice adiktologie I. LF UK a VFN v Praze s doporučením zvážení upřesnění léčby závislosti na návykových látkách již v názvu studie.

Datum / Date: 21.07.2016


Podpis předsedy EK nebo zastupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

Etická komise
Všeobecná fakultní nemocnice
v Praze

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
MUDr. Josef Šedivý, CSc.	M/M	Clinical Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šíbková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Místopředseda/ Vice-chairperson	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
JUDr. Milada Džupinková, MBA	Ž/F	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ing. Antonín Grošpíř, CSc.	M/M	Engineer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Hana Honová	M/M	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Kolář	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. MUDr. František Perlík, DrSc.	M/M	Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Kateřina Rasinová, MgA., Ph.D.	Ž/F	Anesthesiologist- Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Šárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marela Trojánková	Ž/F	Privat Nephrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatricist – Adolescent Med	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


pozn.: Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci./The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column:

☒ Ano/Yes ☐ Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 21.07.2016


Podpis předsedy EK nebo zástupce
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson

MUDr. Josef ŠEDIVÝ, CSc.

Etická komise
Všeobecná fakultní nemocnice
v Praze



Studie evaluace léčebných intervencí pro léčbu závislostí v ČR

Národní ústav duševního zdraví

Centrum epidemiologického a klinického výzkumu závislostí

Dotazník pro klienta

(část vyplňovaná v rámci prvního rozhovoru s tazatelem)

ASI-LITE

ZÁKLADNÍ ÚDAJE:	
G1. ID respondenta	_ _ _ _ _ _ _
G2. ID tazatele	_ _
G3. ID zařízení	_ _
G4. Datum rozhovoru:	_ _ / _ _ / _ _ _ _ _
	dd/mm/rrrr
G6. Pohlaví	_
1 – muž; 2 – žena	
G7. Primární užívaná návyková látka, uváděná respondentem	

ZÁKLADNÍ ÚDAJE:	Poznámky a komentáře
G8. Jak dlouho bydlíte na adrese, kterou jste uvedl/a ve formuláři s kontakty v rámci tohoto výzkumu? <div style="text-align: right;"> _ _ počet let</div> <ul style="list-style-type: none"> méně než jeden rok = 1 	
G9. Hlásíte se k nějakému vyznání? <div style="text-align: right;"> _ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>1 – protestantské</div> <div>4 – islám</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>2 – katolické</div> <div>5 – jiné</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>3 – židovské</div> <div>6 – žádné</div> </div>	
G10. Byl/a jste v posledních 30 dnech někde umístěn/a? <div style="text-align: right;"> _ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>1 – Ne</div> <div>4 – Léčba somatických potíží</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>2 – Výkon trestu odnětí svobody, vazba, cela</div> <div>5 – Psychiatrická léčba</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>3 – Zařízení pro léčbu závislosti (alkohol/drogy)</div> <div>6 – jinde</div> </div> <ul style="list-style-type: none"> Místo, kde není teoreticky přístup k drogám/alkoholu 	

G11. Kolik dní to bylo?	_ _
<ul style="list-style-type: none"> • „NN“ pokud je otázka G7 Ne. Uved'te <u>celkový</u> počet dní v posledních 30 dnech*. * U prvního (základního) vyšetření u klientů/pacientů v léčbě se v tomto dotazníku jedná o 30 dní* PŘED LÉČBOU 	

ZDRAVOTNÍ STAV:	Poznámky a komentáře
M1. Kolikrát v životě jste byl/a hospitalizován/a (tzn. v nemocnici) pro tělesnou nemoc? _ _ 	
<ul style="list-style-type: none"> Zahrňte předávkování a delirium tremens, ne detoxifikaci, léčbu závislosti, psychiatrickou léčbu, porod). Zapište počet hospitalizací, které „trvaly přes noc“ 	
M3. Máte nějaké trvalé zdravotní obtíže (chronickou nemoc), které Vám komplikují život? _ 0 – ne; 1 - ano	
<ul style="list-style-type: none"> Pokud Ano, specifikujte v Poznámce Chronické onemocnění je vážný tělesný problém, který vyžaduje pravidelnou péči (např. léky, dietu) a brání plně využívat Vaše schopnosti 	
M4. Užíváte pravidelně na předpis nějaké léky pro tělesné obtíže? _ 0 – ne; 1 - ano	
<ul style="list-style-type: none"> Pokud Ano, specifikujte v Poznámce Neuvádí se léky předepsané pro psychické problémy Uveďte předepsané léky bez ohledu na to, zda je klient skutečně užívá Smyslem je ověřit chronické problémy 	
M5. Pobíráte invalidní důchod kvůli tělesné nemoci? _ 0 – ne; 1 - ano	
<ul style="list-style-type: none"> Pokud Ano, specifikujte v Poznámce Zahrňte „odškodnění za pracovní úraz“, nezahrnujte invalidní důchod pro duševní nemoc 	
M6. Kolik dní jste měl/a v posledních 30 dnech tělesné zdravotní obtíže? _ _ 	
<ul style="list-style-type: none"> Nezapočítávejte potíže, které byly přímým následkem užití drog/alkoholu Zahrňte i chřipku, nachlazení atd. Také potíže, které souvisí s drogami/alkoholem, ale které přetrvávají, i když klient abstínuje (cirhóza jater, abscesy z injekčního užívání atd.) 	
U otázek M7 a M8 použijte <u>Posuzovací stupnici pro klienta</u>.	
M7. Jak moc Vás trápily (stresovaly) tělesné zdravotní potíže v posledních 30 dnech? _ 	

<ul style="list-style-type: none"> Omezte se pouze na dny, kdy jste měl/a potíže uvedené v otázce M6 	
M8. Jak moc je pro Vás důležité, abyste měl/a řádnou léčbu těchto zdravotních problémů?	_
<ul style="list-style-type: none"> Poukazuje na potřebu nové či další léčby podle klienta 	

ZAMĚSTNÁNÍ/ZDROJ OBŽIVY:
Poznámky a komentáře

E1. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?	_	
1 – ZŠ 3 – SŠ s maturitou 2 – SOU 4 – VŠ		

E2. Jakou dobu jste navštěvoval/a pracovní a rekvalifikační kurzy během posledního roku?	_ _ měsíce	
---	----------------	--

E3. Máte platný řidičský průkaz?	_	
<ul style="list-style-type: none"> Nesmí být ani pozastaven, ani odebrán... 	0 – ne; 1 - ano	
E4. Máte k dispozici automobil?	_	
<ul style="list-style-type: none"> Pokud je odpověď na E3 Ne, tak E4 musí být také NE Nemusí se jednat o vlastnictví, pouze musí být dostupné pro pravidelné používání 	0 – ne; 1 - ano	

E5. Jak dlouho trval Váš nejdelší pracovní poměr na plný úvazek?	_ _ / _ _ Roky / měsíce	
<ul style="list-style-type: none"> Nemusí se nutně jednat o poslední zaměstnání 		

E6. Obvyklé (nebo poslední) zaměstnání – povolání?	_	
<ul style="list-style-type: none"> popište:..... Použijte Hollingsheadovy kategorie při kódování (viz Instrukce pro tazatele) 		

E7. Přispívá někdo z větší části na Vaše osobní potřeby?	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>	
	0 – ne; 1 - ano	

E8. Jaká byla obvyklá forma Vašeho pracovního zařazení v posledních 3 letech?	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>	
1 – plný úvazek 2 – částečný úvazek 3 – částečný úvazek (nepravidelné hodiny) 4 – student 5 – vojenská služba 6 – v důchodu/prac. neschopnost 7 – nezaměstnaný/á 8 – v chráněném prostředí		
<ul style="list-style-type: none"> Zapište prac. zařazení, které trvalo nejdelší dobu (nemusí být poslední). Jestliže některé formy prac. zařazení trvaly stejně dlouho, vyberte tu aktuálnější. 		

E9. Kolik dní jste v posledních 30 dnech dostával/a finanční odměnu za práci?	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div>	
<ul style="list-style-type: none"> Zahrňte i dny, kdy jste pracoval/a „na černo“, pobíral/a nemocenskou nebo měl/a dovolenou 		

Pro otázky E10 – E15: Jaký finanční obnos jste získal/a z následujících zdrojů v posledních 30 dnech*:		
<ul style="list-style-type: none"> Klient/ka nechce odpovídat na ot. E10- E17 = zapište 1 	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>	
E10. Ze zaměstnání?	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div>	
<ul style="list-style-type: none"> Zapište pouze čistou mzdu. Zahrňte rovněž i všechny příjmy z „práce na černo“. 		
E11. Z podpory v nezaměstnanosti?	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div>	
E12. Dávky státní sociální podpory, dávky v hmotné nouzi a další dávky (příspěvek na péči o osobu blízkou, příspěvek pro zdravotně postižené)	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div>	

<ul style="list-style-type: none"> • Zahrňte rodičovský příspěvek, přídavky na dítě, porodné, pohřebné, příspěvek na bydlení, příspěvek na živobytí a dávky v případě mimořádných událostí 	
E13. Dávky ze systému sociálního zabezpečení (vyjma podpory v nezaměstnanosti)	_ _ _ _ _ _ _
<ul style="list-style-type: none"> • Zahrňte nemocenskou (včetně peněžité pomoci v mateřství), důchody (starobní, invalidní, vdovský, sirotčí) 	
E14. Od partnera/ky, rodiny či přátel?	_ _ _ _ _ _ _
<ul style="list-style-type: none"> • Peníze pro osobní potřebu (např. na oblečení). Započítejte pouze peníze v hotovosti - včetně půjček, dědictví... 	
E15. Z ilegálních zdrojů?	_ _ _ _ _ _ _
<ul style="list-style-type: none"> • Hotovost získaná z prodeje drog, krádeží, přechovávání kradených věcí, z nelegálního gamblingu, prostituce atd. 	
E16. Kolik lidí na Vás závisí, pokud se jedná o výživu, bydlení atd.?	_ _
<ul style="list-style-type: none"> • Zahrňte výživné, podporu dětí... 	
E17. Kolik dní v posledních 30 dnech* jste měl/a problémy se zaměstnáním (nezaměstnaností)?	_ _
<ul style="list-style-type: none"> • Zahrňte neschopnost najít si práci, přestože si ji aktivně hledá, či problémy v současném zaměstnání, v němž je pozice (práce) klienta ohrožena 	

Pro otázku E18 použijte <u>Posuzovací stupnici pro klienta</u>.	
E18. Jak moc Vás trápily či stresovaly problémy kolem zaměstnání v posledních 30 dnech?	_
<ul style="list-style-type: none"> • Pokud byl klient někde umístěn (uvězněn, zadržen) během posledních 30 dní*, nejedná se o problém se zaměstnáním (nemohl mít) 	

E19. Jak moc je pro Vás důležitá pomoc či rada kolem zaměstnání?	_
<ul style="list-style-type: none"> • V otázkách E18 a E19 klient hodnotí odpovědi v otázce E17 	

ALKOHOL/DROGY:

	Posledních 30 dní	Celoživotně (roky)	Věk prvního užití	Forma aplikace
D1. Alkohol - každé množství	_ _	_ _	_ _	■
D2. Alkohol - nadměrně (do stádia opilosti)	_ _	_ _	_ _	■
D3. Heroin	_ _	_ _	_ _	_
D4. Metadon	_ _	_ _	_ _	_
D4b. Buprenorfin (Subutex, Suboxone)	_ _	_ _	_ _	_
D5. Jiné opiáty/morfinová analgetika	_ _	_ _	_ _	_
D6. Sedativa, hypnotika, anxiolytika	_ _	_ _	_ _	_
D7. Kokain	_ _	_ _	_ _	_
D8. Amfetaminy (včetně pervitinu)	_ _	_ _	_ _	_
D9. Marihuana, hašiš	_ _	_ _	_ _	_
D10. Halucinogeny (LSD, houby)	_ _	_ _	_ _	_
D11. Těkavé látky (toluen)	_ _	_ _	_ _	_
D12. Nové syntetické drogy (3-MMC, 25i-NBOME, AMT, Funky, Cherry Cocolino, EX, GHB, ketamin, JWH, 5F-PB22, AB-FUBINACA.)	_ _	_ _	_ _	_
D13. Jiné drogy	_ _	_ _	_ _	_
D14. Více než jedna látka denně (včetně alkoholu)	_ _	_ _	_ _	■
Forma aplikace: 1 - ústy 2 - čichání, šňupání, 3 - kouření, • Uvádějte obvyklou nebo posledně použitou formu aplikace. V případě používání více forem uveďte nejzávažnější. Formy aplikace jsou uvedeny od nejméně závažné po nejvíce závažnou.			Poznámky a komentáře	

ALKOHOL/DROGY:	Poznámky a komentáře	
D15. Kolikrát jste měl alkoholové delirium tremens? _ _		
<ul style="list-style-type: none"> Delirium tremens: objevuje se 24 až 48 hodin po posledním pití nebo po velmi výrazném omezení příjmu alkoholu. Projevuje se třesem, dezorientací, teplotou, halucinacemi, vyžaduje zpravidla lékařský dohled. 		
D16. Kolikrát jste byl/a během svého života léčen/a pro zneužívání alkoholu? _ _		
D17. Kolikrát jste byl/a během svého života léčen/a pro zneužívání drog? _ _		
<ul style="list-style-type: none"> Započítejte detoxifikaci, ambulantní i ústavní léčbu, AA nebo NA (pokud se účastnil/a alespoň 3 setkání během 1 měsíce). 		
D18. Kolik z těchto léčeb byly pouze detoxifikace pro alkohol? _ _		
D19. Kolik z těchto léčeb byly pouze detoxifikace pro drogy? _ _		
<ul style="list-style-type: none"> Jestliže D16 = „00“, pak D18 = „NN“ Jestliže D17 = „00“, pak D19 = „NN“ 		
D20. Kolik peněz jste během uplynulých 30 dnů utratil/a za alkohol? _ _ _ _ _		
D21. Kolik peněz jste během uplynulých 30 dnů utratil/a za drogy? _ _ _ _ _		
<ul style="list-style-type: none"> Počítejte pouze skutečně utracené peníze. Uvádějte v Kč. 		
D22. Kolik dnů jste byl/a za posledních 30 dnů ambulantně léčen/a pro problémy s alkoholem nebo drogami? _ _		
<ul style="list-style-type: none"> Započítejte i AA nebo NA. 		
U otázek D24, D25, D27 a D28 použijte <u>Posuzovací stupnici pro klienta</u>. Pacient posuzuje aktuální potřebu léčení svých problémů drogami nebo alkoholem.		
D23. V kolika dnech z posledních 30 jste měl/a problémy s alkoholem? _ _		
D24. Jak moc Vás v posledních 30 dnech stresovaly, trápily tyto problémy s alkoholem? _		
D25. Jak moc je pro Vás nyní důležitá léčba těchto problémů s alkoholem? _		
D26. V kolika dnech z posledních 30 jste měl/a problémy s drogami? _ _		
<ul style="list-style-type: none"> Započítejte pouze: craving (bažení), abstinenční příznaky, nežádoucí účinky užívání, nebo když pacient chtěl ukončit užívání, ale nebyl toho schopen. 		

D27. Jak moc Vás v posledních 30 dnech stresovaly, trápily tyto problémy s drogami?	_ _
D28. Jak moc je pro Vás nyní důležitá léčba těchto problémů s drogami?	_ _

PRÁVNÍ SITUACE:	Poznámky a komentáře
L1. Je klient přijímán k ochranné léčbě dle rozhodnutí soudu?	_ _ 0 – ne; 1 - ano

L2. Běží Vám v současné době „podmínka“ - zkušební doba v rámci podmíněného odsouzení (případně s probačním dohledem), zkušební doba po podmíněčném propuštění nebo podmíněného upuštění od potrestání?	_ _ 0 – ne; 1 - ano
<ul style="list-style-type: none"> • Popište dobu, průběh, povinnosti v Poznámce 	

Kolikrát v životě jste byl/a obžalován/a z:	
L3. Drobné krádeže, vandalství	_ _ _
L4. Porušení „podmínky“ / probačního dohledu	_ _ _
L5. Drogovou trestnou činnost	_ _ _
L6. Padělání peněz, padělání receptů a listin, podvod	_ _ _
L7. Trestná činnost za použití zbraně, neoprávněné držení zbraně	_ _ _
L8. Krádež ve větším rozsahu, vloupání	_ _ _
L9. Loupež	_ _ _
L10. Úmyslné blížení na zdraví, rvačka (násilná trestná činnost)	_ _ _
L11. Žhářství	_ _ _
L12. Znásilnění	_ _ _
L13. Vraždu, zabití	_ _ _
L14. Trestné činy související s prostitucí	_ _ _
L15. Maření úředního rozhodnutí	_ _ _
L16. Jiný trestný čin	_ _ _
<ul style="list-style-type: none"> • Zapište celkový počet stíhání, ne pouze odsouzení. Nezahrnujte juvenilní delikvenci (mladiství) • Uvádějte jen formálně uložené postihy 	
L17. Kolik z těchto obžalob vedlo k Vašemu odsouzení/potrestání?	_ _ _
<ul style="list-style-type: none"> • Jestliže L3 – L16 = „00“, pak L17 = „NN“ • Nezahrnujte delikty z otázek L18 – L20 • Odsouzení = pokuta, výkon trestu odnětí svobody, „podmínka“, obecně prospěšné práce 	

Kolikrát v životě jste byl/a zadržen/a pro:	
L18. Výtržnictví	_ _ _

L19. Řízení pod vlivem alkoholu či drog	_ _	
L20. Jiný vážný dopravní přestupek	_ _	
<ul style="list-style-type: none"> Překročení povolené rychlosti, bezohledná (nebezpečná) jízda, jízda bez řidičského oprávnění 		

L21. Kolik měsíců jste byl/a během Vašeho života ve vězení či vazbě?	_ _ _ _	
<ul style="list-style-type: none"> Uvěznění na dva týdny a více zaokrouhlete na 1 měsíc. Zapište celkový počet měsíců strávených ve vězení 		

L22. Hrozí Vám v současné době trestní stíhání nebo Vás čeká soudní řízení v trestních věcech či nástup TOS?	_	
0 – ne; 1 - ano		
L23. Kvůli čemu?	_ _	
<ul style="list-style-type: none"> Při více trestných činech z nich vyberte ten nejzávažnější Použijte kódy L3 – L16 a L18 – L20 (kódy týkající se trestné činnosti z předchozí části dotazníku) Nezahrnujte občansko-právní případy, ledaže by byly spojeny s trestnou činností 		

L24. Kolik dní jste v posledních 30 dnech byl/a zadržen/a či uvězněn/a?	_ _	
<ul style="list-style-type: none"> Zahrňte i případy, kdy byl klient zadržen a propuštěn ve stejný den 		

L25. Kolik dní jste se v posledních 30 dnech zabýval/a nějakou nelegální činností pro zisk?	_ _	
<ul style="list-style-type: none"> Nezahrnujte držení drog. Zahrňte výrobu drog, prodej drog, prostituci, krádež, vloupání, prodej kradených věcí atd. 		

Pro otázky L26 a L27 požádejte klienta, aby použil Klientské posuzovací stupnice		
L26. Jak vážné jsou podle Vás Vaše nynější problémy s policií a soudy?	_	

<ul style="list-style-type: none"> • Nezahrnujte občanskoprávní problémy 	
<p>L27. Jak moc je pro Vás důležitá pomoc či rada v záležitostech s policií a soudy?</p>	_
<ul style="list-style-type: none"> • Klient zhodnotí svou potřebu odkázání na právního poradce v souvislosti s obhajobou v trestním řízení 	

RODINNÉ A SOCIÁLNÍ VZTAHY:		Poznámky a komentáře
F1. Rodinný stav: _ 1 – poprvé 4 – v odloučení ženatý/vdaná 5 – rozvedený/á 2 – znovu 6 – nikdy nebyl/a ženatý/vdaná ženatý/ vdaná 3 – vdovec/vdova • druh/družka nebo společná domácnost = 1		
F2. Jste spokojen/spokojena se svou rodinnou situací? _ 0 – ne; 1 – je mu/jí to jedno; 2 - ano • spokojenost = celkem/většinou se mu/jí situace líbí		
F3. Vaše obvyklá situace bydlení v posledních třech letech? _ 1 – s partnerem a dětmi 6 - s přáteli (známými) 2 – jen s partnerem 7 – sám/sama 3 – jen s dětmi 8 – v chráněném prostředí 4 – s rodiči 9 – nemá stálé bydliště 5 – s příbuznými • Vyberte nejlépe vystihující situaci bydlení v posledních 3 letech. Pokud bydlel/a v této době s různými lidmi, vyberte poslední stav bydlení		
F4. Vyhovuje Vám tato situace? _ 0 – ne; 1 – je mu/jí to jedno; 2 - ano		
F5. Bydlíte s někým, kdo má v současné době problém s alkoholem? _ <div style="text-align: right;">0 – ne; 1 - ano</div>		
F6. Bydlíte s někým, kdo má problém s užíváním drog? _ <div style="text-align: right;">0 – ne; 1 - ano</div>		
F7. S kým nejčastěji trávíte svůj volný čas? _ 1 – s rodinou 3 - sám/sama 2 – s přáteli • Pokud je přítel/přítelkyně (partner/partnerka) považován/a za rodinu klienta, musí být tak označován/a v celé této části, tedy ne v kategorii „přátelé“		

F8. Vyhovuje Vám, s kým trávíte svůj volný čas? _ 	
0 – ne; 1 – je mu/jí to jedno; 2 – ano	
<ul style="list-style-type: none"> spokojenost = celkem/většinou se mu/jí situace líbí 	

RODINNÉ A SOCIÁLNÍ VZTAHY:			Poznámky a komentáře
Bylo období, kdy jste měl/a vážné problémy ve vztahu:	Posledních 30 dní	Celý život	
F10. k matce	_	_	
F11. k otci	_	_	
F12. k bratrovi/sestře	_	_	
F13. k partnerce/ovi	_	_	
F14. k dětem	_	_	
F15. k jiným příbuzným	_	_	
F16. k blízkým přátelům	_	_	
F17. k sousedům	_	_	
F18. ke spolupracovníkům	_	_	
<ul style="list-style-type: none"> „vážný problém“ znamená, že ohrožuje daný vztah „problém“ vyžaduje nějaký druh kontaktu mezi uvedenými osobami, a to buď po telefonu či osobní 		0 – Ne; 1 - Ano	
F19. Ublížil Vám někdo fyzicky?	_	_	
F20. Zneužil Vás někdo sexuálně?	_	_	
<ul style="list-style-type: none"> vynucování sexuálního styku/znásilnění 		0 – Ne; 1 - Ano	
F21. Kolik dní jste v posledních 30 dnech měl/a vážné problémy s někým z Vaší rodiny?		_ _	
Pro otázky F22 a F23 požádejte klienta, aby použil Klientské posuzovací stupnice			
F22. Jak moc Vás v posledních 30 dnech trápily či rozčilovaly rodinné problémy?		_	
F23. Jak je pro Vás důležitá pomoc či rada kvůli rodinným problémům?		_	
<ul style="list-style-type: none"> Klient zhodnotí svou potřebu pomoci kvůli rodinným problémům, 			

ne to, jestli se rodina poradenství zúčastní	
F24. Kolik dní jste v posledních 30 dnech měl/a vážné problémy s jinými lidmi než se členy rodiny? _ _	
Pro otázky F25 a F26 požádejte klienta, aby použil Klientské posuzovací stupnice	
F25. Jak moc Vás v posledních 30 dnech trápily či rozčilovaly problémy ve Vašem sociálním okolí (mezilidské vztahy)? _	
F26. Jak je pro Vás důležitá pomoc či rada kvůli potížím v mezilidských vztazích a společenském kontaktu? _	
<ul style="list-style-type: none"> Zahrnout klientovu potřebu pomoci pro takové problémy jako jsou osamělost, neschopnost socializace, nespokojenost s přáteli. Klient hodnotí tyto problémy 	

PSYCHICKÝ STAV:	Poznámky a komentáře	
Kolikrát v životě jste se léčil/a pro psychické problémy:		
P1. v lůžkovém zařízení (ústavní, pobytová léčba) _ _		
P2. jako ambulantní pacient _ _		
<ul style="list-style-type: none"> Nezahrnujte léčbu pro zneužívání návykových látek, pracovní nebo rodinné poradenství <p>Léčebná epizoda = jedná se o více či méně kontinuální návštěvy lékaře či dny léčby, ne o počet jednotlivých návštěv a dní během těchto epizod</p> <ul style="list-style-type: none"> V poznámce запиšte diagnózu, pokud je známa 		
P3. Jste v invalidním důchodu pro psychické onemocnění? _ 0 – Ne; 1 - Ano		
Měl/a jste někdy období (které nebylo vyvoláno alkoholem a drogami), kdy jste měl/a:	Posledních 30 dní	Celý život
P4. vážnou depresi (smutek, beznaděj, ztráta zájmu, potíže s denním fungováním)? _	_	_
P5. těžké stavy úzkosti (napětí, podrážděnost/nervozita, bezdůvodné obavy, neschopnost se uvolnit)? _	_	_
P6. halucinace (viděl/a jste věci nebo slyšel/a hlasy, které nejsou)? _	_	_

P7. stavy, při nichž jste těžko něco chápal/a, nesoustředil/a se nebo si je nepamatoval/a?	_	_	
U položek P8 – P10 mohl být klient pod vlivem alkoholu či drog			
P8. potíže s ovládáním (epizody zuřivosti, násilí)	_	_	
P9. myšlenky na sebevraždu? <ul style="list-style-type: none"> Klient vážně promýšlel plán, že si vezme život 	_	_	
P10. sebevražedný pokus <ul style="list-style-type: none"> Zahrňte dosavadní sebevražedné jednání či pokusy 	_	_	
P11. předepsané léky na psychické problémy? <ul style="list-style-type: none"> Označte odpověď Ano i tehdy, když byly léky předepsány, ale pacient je neužíval/a 	_	_	
P12. Kolik dní jste v posledních 30 dnech měl/a vážné psychické potíže?		_ _	
<ul style="list-style-type: none"> Jedná se o potíže popsané v otázkách P4 – P10 			

Pro otázky P13 – P14 požádejte klienta, aby použil Klientské posuzovací stupnice	Poznámky a komentáře
P13. Jak moc Vás obtěžovaly psychické potíže v posledních 30 dnech? <ul style="list-style-type: none"> Klient posuzuje dny z otázky P12 	
P14. Jak moc je pro Vás důležitá léčba těchto psychických problémů?	

RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ (EMCDDA)	Poznámky a komentáře
R1. Užíval/a jste někdy v životě drogy injekčně?	
<ul style="list-style-type: none"> Pokud klient odmítne odpovědět na otázky R1 – R16, uveďte to v Poznámce. 	
R2. Věk prvního injekčního užití (povinné, pokud injekční aplikace „Ano“)?	
R3. Jakou drogu jste užil/a, když jste užíval/a injekčně naposledy?	
R4. Užíval/a jste drogy injekčně v posledních 12 měsících?	
R5. Užíval/a jste drogy injekčně v posledních 30 dnech?	

R6. Během posledních 30 dní, kolikrát jste užil/a drogu injekčně?	_ _ _ _	
R7. Když jste užíval/a drogu injekčně v posledních 30 dnech, kolikrát to bylo během průměrného dne?	_ _ _	
R8. Použil/a jste v posledních 30 dnech při aplikaci drog jehly nebo stříkačky použité někým jiným?	_ 0 – Ne, 1 - Ano	
R9. Po kolika různých lidech celkem (včetně Vašeho případného partnera) byly jehly nebo stříkačky, které jste použil v posledních 30 dnech?	_ _ _	
R10. Použil/a jste v posledních 30 dnech, když jste si připravoval/a dávku pro injekční aplikaci, lžici, nádobku, filtr, vatu, kyselinu, citrónovou šťávu nebo vodu, které použil předtím někdo jiný (včetně Vašeho případného partnera)?	_ 0 – Ne, 1 - Ano	
R11. Po kolika různých lidech celkem (včetně Vašeho případného partnera) byly lžice, nádobka, filtr, vata, kyselina, citrónová šťáva nebo voda, které jste použil v posledních 30 dnech?	_ _ _	
R12. Využil/a jste někdy v životě výměnný program jehel a stříkaček?	_ 0 – Ne, 1 - Ano	
R13. Využil/a jste v posledních 30 dnech výměnný program jehel a stříkaček?	_ 0 – Ne, 1 - Ano	
R14. Získal/a jste v posledních 30 dnech sterilní jehly jiným způsobem než ve výměnném programu?	_ 0 – Ne, 1 - Ano	
R15. Kolik sterilních jehel a stříkaček jste v posledních 30 dnech měl/a celkem k dispozici pro své osobní použití?	_ _ _ _	
<ul style="list-style-type: none"> Zdůrazněte, že se ptáme na nepoužité a zabalené jehly a stříkačky; pokud neví/nepamatuje se nebo odmítne odpovědět, uveďte to v Poznámce. 		
R16. Naposledy, když jste užil/a drogu injekčně, použil/a jste při tom sterilní jehlu a stříkačku (tj. takové, které předtím nikdo ani Vy nepoužil)?	_ 0 – Ne, 1 - Ano	
R17. S kolika lidmi jste měl/a pohlavní styk bez použití kondomu v posledních 30 dnech?	_ _ _	
R18. Kolikrát jste měl/a sex bez použití kondomu v posledních 30 dnech?	_ _ _	
R19. Poskytoval/a jste někdy v životě sexuální služby za úplatu?	_ 0 – Ne, 1 - Ano	

R20. Poskytoval/a jste sexuální služby za úplatu v posledních 30 dnech?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 – Ne, 1 – Ano	
--	--	--

TESTOVÁNÍ NA INFEKČNÍ CHOROBY	Poznámky a komentáře
T1. Byl/a jste někdy vyšetřován/a nebo testována na HIV? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 - ano, s pozitivním výsledkem 2 - ano, s negativním výsledkem 3 - ano, ale výsledek neznám 4 - ne, nikdy jsem nebyl/a testován/a (kódy pro otázky T1 – T4).	
T2. Byl/a jste někdy vyšetřován/a nebo testována na virovou hepatitidu (žloutenku) typu A? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
T3. Byl/a jste někdy vyšetřován/a nebo testována na virovou hepatitidu (žloutenku) typu B? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
T4. Byl/a jste někdy vyšetřován/a nebo testována na virovou hepatitidu (žloutenku) typu C (tzv. céčko)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

BYDLENÍ (MAP)	Poznámky a komentáře
B1. Kde jste bydlel/a v posledních 30 dnech (u klientů/pacientů v léčbě se jedná o posledních 30 dní před léčbou)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 vlastní byt, dlouhodobý pronájem (trvalé a uspokojivé bydlení) 2 dočasně pronajatý, půjčený byt (provizorní bydlení) 3 squat, toxi-byt (dočasné a neuspokojivé bydlení) 4 institucionalizované bydlení (azylové domy, ubytovny, nemocnice apod.) 5 vězení/vazba/policejní stanice 6 žádné bydlení 7 jiné (popište v Poznámce)	

DLUHY (MAP)	Poznámky a komentáře
Z1. Máte dluhy? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 - Ne 1 - Ano, a znám částku, kterou dlužím 2 - Ano, ale neznám částku, kterou dlužím	
Z2. Pokud znáte dlužnou částku, uveďte její výši (v Kč). <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Z3. Jste momentálně pozadu se splátkami dluhů? __	
0 – Ne 1 – Ano	
Z4. Jste momentálně v režimu osobního oddlužení (osobní bankrot)? __	
0 – Ne 1 – Ano	

Jaké jsou příčiny Vašeho zadlužení? U jednotlivých kategorií prosím uveďte jejich významnost (míru, s jakou se podílejí na Vaší celkové zadluženosti), kde 0 znamená, že nejsou významné, a 4 znamená, že jsou velmi významné. Pro otázky Z5 – Z14 požádejte klienta, aby použil Klientské posuzovací stupnice.		Poznámky a komentáře
Z5. Pokuty (jízda na černo, jiné přestupky)	__	
Z6. Spotřebitelský/é úvěr(y)	__	
Z7. Bankovní půjčka(y)	__	
Z8. Hypotéka na bydlení, úvěr ze stavebního spoření	__	
Z9. Platby za nájemné a energie	__	
Z10. Telefony, internet	__	
Z11. Zdravotní pojištění	__	
Z12. Alimenty	__	
Z13. Náklady na výkon vazby nebo trestu, náklady trestního řízení	__	
Z14. Jiné (v Poznámce popište jaké)	__	

PŘEDCHOZÍ LÉČBA ZÁVISLOSTI		Poznámky a komentáře
Za léčbu je považována aktivita, která je cíleně zaměřená na lidi, kteří mají problémy s užíváním drog a která směřuje ke zlepšení psychického a/nebo zdravotního stavu a sociální situace lidí, kteří vyhledali pomoc kvůli svým potížím s drogami. Za léčbu není považována intervence typu výměna injekčních stříkaček.		
TR1. Podstoupil/a jste někdy léčbu zaměřenou na změnu, snížení či ukončení užívání drog?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 – Ne, 1 – Ano	
<ul style="list-style-type: none"> Započítejte probíhající léčbu, vynechte pokusy bez profesionální pomoci. Pokud si klient nepamatuje, uveďte to v Poznámce. 		
TR2. Kolikrát jste vstoupil/a do léčby?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> Pokud si klient nepamatuje, uveďte to v Poznámce. 		
TR3. Kdy jste poprvé vstoupil/a do léčby? Prosím uveďte měsíc a rok.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Měsíc / Rok	
<ul style="list-style-type: none"> Pokud si klient nepamatuje měsíc/rok, uveďte to v Poznámce. 		
TR4. Kdy jste naposledy vstoupil/a do léčby? Prosím uveďte měsíc a rok.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Měsíc / Rok	
<ul style="list-style-type: none"> Pokud si klient nepamatuje měsíc/rok, uveďte to v Poznámce. 		
TR5. Jste v současné době v léčbě zaměřené na změnu, snížení či ukončení užívání drog?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0 – Ne, 1 – Ano	
TR6. Postoupil/a jste někdy některý z následujících typů léčby?		
<ul style="list-style-type: none"> Započítejte probíhající léčbu, vynechte pokusy bez profesionální pomoci. 	0 – Ne, 1 – Ano	
TR6a. Rezidenční léčba v psychiatrické léčebně/psychiatrickém oddělení	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TR6b. Rezidenční péče v terapeutické komunitě	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TR6c. Ambulantní léčba závislosti v psychiatrické ordinaci	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TR6d. Ambulantní léčba ve specializovaném zařízení pro léčbu závislostí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TR6e. Opiátová substituční léčba	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TR6f. Léčba v denním stacionáři pro léčbu závislostí	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TR6g. Doléčovací program (po léčbě) bez chráněného bydlení	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TR6h. Doléčovací program (po léčbě) s chráněným bydlením	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TR6ch. Jiné (popište v Poznámce)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TR7. Otázka podstoupil/a jste některý z typů léčby v posledních 30 dnech?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Substituční léčba		Poznámky a komentáře
S1. Podstoupil/a jste opiátovou substituční léčbu?	_	
0 – Ne 1 – Ano, v posledních 30 dnech 2 – Ano, ale ne v posledních 30 dnech, (ale v období předchozího roku) 3 – Ano, ale ne v předchozím roce (déle než před 12 měsíci) Pokud si klient nepamatuje měsíc/rok, uveďte to v Poznámce.		
S2. Pokud jste v současnosti v léčbě, jakou látku užíváte při substituční terapii závislosti na opioidech?	_	
1 - metadon 2 - monopreparát s buprenorfinem (Subutex, Ravata) 3 - buprenorfin s naloxonem (Suboxone) 4 – jiný (popište v Poznámce)		
S3. Jakou dávku užíváte (v mg denně)?	_ _ _ _	
S4. Kdy jste zahájil/a současnou epizodu substituční terapie?	_ _ _ / _ _ _ _ _ Měsíc / Rok	
S5. Jaká byla počáteční substance?	_	
1 - metadon 2 - monopreparát s buprenorfinem (Subutex, Ravata) 3 - buprenorfin s naloxonem (Suboxone) 4 – jiný (popište v Poznámce)		
S6. Jaká byla počáteční dávka (v mg denně)?	_ _ _ _	